

Direction générale

Rapport qualité 2015

Centre hospitalier
universitaire vaudois



Professeur
Pierre-François Leyvraz
Directeur général



Avant-propos



47'313
patients hospitalisés

1470
lits exploités

484'533
journées d'hospitalisation

39'592
urgences traitées

3018
naissances

312'785'438
points TARMED facturés
en consultations ambulatoires

10'429
collaboratrices
et collaborateurs qui
représentent 113 nationalités
(8869 emplois à plein temps)

69 % de femmes
1554 équivalents plein temps pour le personnel médical
4637 équivalents plein temps pour le personnel soignant,
dont ¾ de personnel infirmier

1,6
milliard de francs de budget
(chiffre arrondi)

Avant-propos

Le CHUV en bref

Le CHUV est l'un des cinq centres hospitaliers universitaires suisses, aux côtés des hôpitaux de Genève, Berne, Bâle et Zurich. Il poursuit trois missions de base confiées par les pouvoirs publics: les soins, la formation et la recherche.

D'envergure européenne, le CHUV est à la fois un hôpital tertiaire doté d'équipements de haute technologie, un hôpital régional pour la population de l'agglomération lausannoise, ainsi qu'un centre de référence spécialisé pour l'ensemble du canton de Vaud, de même que pour une partie importante de la Suisse romande.

Le CHUV comprend 13 départements cliniques, médico-techniques et académiques, ainsi qu'un établissement médico-social (EMS) psychogériatrique. Il assure des soins dans tous les domaines de la médecine: affections somatiques et maladies psychiatriques, disciplines médicales et chirurgicales, traitements en ambulatoire et hospitaliers.

Afin d'assurer la formation prégraduée, postgraduée et continue des médecins, le CHUV est étroitement lié à la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne. Il collabore également avec les autres institutions universitaires lémaniques (EPFL, ISREC, Institut Ludwig), les Hôpitaux universitaires de Genève, ainsi qu'avec d'autres hôpitaux, établissements de soins ou institutions telles que la Fédération des hôpitaux vaudois et la Société vaudoise de médecine.



Professeur
Pierre-François Leyvraz
Directeur général

Publier un rapport qualité n'est pas un geste facile. C'est l'occasion de montrer des résultats et des projets dont nous sommes fiers. Mais c'est également une obligation d'autocritique. Pour être honnête, un tel document doit aussi montrer ce qui ne va pas.

La Direction du CHUV estime cependant cet exercice de transparence indispensable. Nous ne pouvons évaluer nos activités, puis les améliorer, qu'en mesurant régulièrement leur qualité. Les hôpitaux qui placent la qualité des soins et la sécurité des patients au rang de première priorité obtiennent de meilleurs résultats. Au CHUV, cette priorité occupe le cœur de la gouvernance depuis plusieurs années.



Les résultats des indicateurs
sont publiés sous une forme
accessible à tout un chacun.

Avant-propos

Développer notre lien de confiance

C'est la première fois que le CHUV publie un rapport qualité en tant que tel. Destiné à l'ensemble de la population comme à nos partenaires, cette publication complète notre rapport annuel en offrant un aperçu de nos priorités en matière de qualité des soins et de sécurité des patients. Tout au long de l'année, le CHUV nourrit une série d'indicateurs dans des domaines tels que la gestion des risques, l'information aux patients ou la continuité des soins. Par ailleurs, la Direction, de même que les équipes médicales et soignantes, conçoivent et mettent en œuvre des projets qui répondent à de nouvelles normes ou à des besoins émis tant par les patients que par les collaborateurs de l'hôpital.

Les résultats des indicateurs, de même que les projets, sont publiés ici sous une forme que nous avons voulu accessible à tout un chacun. La Direction du CHUV attache une grande importance à ce que tous les citoyens puissent accéder facilement à ses résultats. Ce n'est pas seulement un principe élémentaire de transparence. Donner une information claire et honnête permet d'établir une relation de confiance entre l'hôpital et ses patients, de façon à donner toutes les chances à une bonne prise en charge. C'est là le but de tous nos efforts.

📍 Selon les études internationales, un patient sur dix subit un événement indésirable lors de son séjour à l’hôpital. On estime cependant qu’il est possible d’éviter la moitié de ces incidents. Le CHUV, et plus particulièrement la Direction médicale et la Direction des soins, travaillent au quotidien pour améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients. Cet engagement se résume en six objectifs prioritaires.

Objectif n°1

Mieux informer le patient et le reconnaître comme un véritable partenaire (cf. chapitre 1: Information et participation du patient)

Bien informer le patient sur sa maladie, s’assurer qu’il comprend le traitement qu’on lui administre, mais aussi l’associer aux décisions qui le concernent et prendre ses doléances en compte: entre personnes soignées et professionnels de la santé, le CHUV préconise une véritable relation de partenariat. Pour les médecins, le corps infirmier et l’ensemble des professionnels des soins, les patients doivent être des membres actifs. Si l’on veut réussir une prise en charge, il est indispensable qu’entre les uns et les autres s’établisse une relation de confiance, de transparence et d’écoute.

Avant-propos

Introduction

Objectif n°2

Renforcer la coordination et la continuité des soins (cf. chapitre 2: Continuité de la prise en charge)

La maladie rend vulnérable et très dépendant de l’organisation des soins. S’il reçoit des messages contradictoires, si son traitement change ou si le personnel de l’hôpital prend des décisions sans consulter son médecin de famille, le patient peut souffrir directement de ce manque de coordination et se sentir désécurisé. Afin d’assurer la continuité des soins, les équipes médicales du CHUV ont pour tâche d’établir un échange d’informations régulier entre tous les acteurs qui soignent un patient, y compris le médecin de famille. Les services y sont particulièrement attentifs en cas d’hospitalisation. L’échange d’information avec le médecin de famille est très important à l’entrée et à la sortie de l’hôpital.

Avant-propos

Objectif n°3

Développer une culture de la sécurité et prévenir les événements indésirables (cf. chapitre 3: Sécurité par la gestion des risques)

Un patient qui entre dans un hôpital ne devrait courir aucun risque évitable durant son séjour. Afin de développer une culture de la sécurité en son sein, le CHUV met en œuvre plusieurs programmes. L’un améliore l’hygiène pour diminuer les infections. Un autre assure le remplissage d’une checkliste de contrôle avant toute intervention, dans le but d’éviter toute erreur. Un troisième encourage à s’exprimer lorsque la prise en charge ne se passe pas aussi bien que prévu. Via un outil spécifique, toutes les collaboratrices et collaborateurs du CHUV peuvent signaler un événement indésirable; l’incident sera ensuite analysé, dans le but d’améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients.

Objectif n°4

Donner les meilleurs soins tout en évitant de gaspiller les ressources (cf. chapitre 4: Efficacité et efficience des soins)

Le CHUV a pour priorité de délivrer des soins fondés sur les meilleures évidences scientifiques et qui correspondent aux standards internationaux. Afin d’éviter toute perte de temps, les équipes médicales veillent à enchaîner au mieux les étapes nécessaires à l’établissement d’un diagnostic et à la mise en œuvre des traitements. En tant qu’hôpital régional de première importance, le CHUV développe également des partenariats avec des hôpitaux et des cliniques romandes, dont la collaboration permet d’assurer les meilleurs soins aux patients.

Objectif n°5

Développer les compétences des professionnels dans le domaine de la qualité et de la sécurité des soins (cf. chapitre 5: Développement des compétences)

Au premier plan pour prodiguer soins et traitements, le personnel soignant et médical se trouve au cœur de la qualité des soins et de la sécurité des patients. Pourtant, dans les formations prégraduées, ces domaines sont encore peu développés. C’est pourquoi la Direction du CHUV a mis sur pied des formations dédiées aux quatre objectifs décrits précédemment. Destinées aux cadres comme aux collaboratrices et collaborateurs de l’hôpital, ces formations abordent toutes les facettes de la qualité des soins et de la sécurité des patients.

Objectif n°6

Evaluer en continu le programme de qualité des soins et sécurité des patients

Afin d’évaluer tout au long de l’année la qualité et la sécurité des soins, le CHUV récolte des informations qui nourrissent des indicateurs. Etroitement suivis, les résultats sont régulièrement transmis à l’ensemble des cadres et collaboratrices et collaborateurs des départements cliniques. Ensuite, en cas de besoin, la Direction et les services initient des démarches d’amélioration, dont les effets sont suivis avec ces mêmes indicateurs ou de nouveaux si nécessaire.

Les indicateurs de qualité des soins et de sécurité des patients transmis aux départements cliniques et publiés dans le rapport qualité 2015 sont:

- × Satisfaction des patients et des proches
- × Objet des demandes adressées à l’Espace patients et proches
- × Faxmeds envoyés dans les 48 heures après l’admission du patient
- × Lettres de sortie envoyées dans les 8 jours après la sortie du patient
- × Réadmissions potentiellement évitables
- × Saisie de la checkliste interventionnelle
- × Observance de l’hygiène des mains
- × Infections du site opératoire
- × Prévalence des escarres
- × Mortalité hospitalière
- × Signalements dans le recueil d’événements critiques et indésirables
- × Délais de prise en charge aux urgences
- × Délais de prise en charge en cas d’infarctus du myocarde
- × Délais de prise en charge en cas d’accident vasculaire cérébral
- × Délais pour la chirurgie élektive de la main
- × Transferts vers des établissements partenaires en cas d’engorgement

1	Page 9	Information et participation du patient	1
2	Page 21	Continuité de la prise en charge	2
3	Page 35	Sécurité par la gestion des risques	3
4	Page 61	Efficacité et efficience des soins	4
5	Page 77	Développement des compétences	5
6	Page 83	Certifications et accréditations	6



❶ Bien informer le patient sur sa maladie, s'assurer qu'il comprend le traitement qu'on lui administre, mais aussi l'associer aux décisions qui le concernent et prendre ses doléances en compte: entre personnes soignées et professionnels de la santé, le CHUV préconise une véritable relation de partenariat. Pour les médecins, le corps infirmier et l'ensemble des professionnels des soins, les patients doivent être des membres actifs. Si l'on veut réussir une prise en charge, il est indispensable qu'entre les uns et les autres s'établisse une relation de confiance, de transparence et d'écoute.

Information et participation du patient

❶

Satisfaction des patients et des proches

Il est essentiel que les patients apprécient les soins qu'ils reçoivent à l'hôpital. Demander régulièrement leur avis met en évidence les domaines où leurs attentes n'ont pas été satisfaites. Le CHUV en tient compte afin d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients.

La satisfaction des patients s'évalue par le biais d'un questionnaire élaboré par l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ). Son formulaire comporte cinq questions. Sur une échelle de 1 (satisfaction minimale) à 10 (maximale), les patients expriment leur perception générale de la qualité des services du CHUV. Ils donnent aussi leur avis sur les informations qu'ils ont reçues de la part du personnel médical et soignant, et jugent du degré de respect avec lequel ils ont été traités:

Le questionnaire ANQ pour les patients hospitalisés en soins aigus et en réadaptation

- 1 Choisiriez-vous de revenir dans le même hôpital pour une prise en charge similaire?
- 2 Que pensez-vous de la qualité des soins que vous avez reçus à l'hôpital?
- 3 Lorsque vous avez posé des questions aux médecins, avez-vous reçu des réponses compréhensibles?
- 4 Lorsque vous avez posé des questions aux infirmières et infirmiers, avez-vous reçu des réponses compréhensibles?
- 5 Estimez-vous que le personnel hospitalier vous a traité avec respect et a préservé votre dignité?

Depuis 2011, ce questionnaire est envoyé au domicile des patients adultes qui ont séjourné plus de 24 heures dans un service clinique non psychiatrique. Année après année, le taux de réponse est proche de 50 %.

Depuis 2013, toujours dans le cadre de l'ANQ, les patients en réadaptation, de même que les parents d'enfants hospitalisés, participent également à l'enquête de satisfaction. Le questionnaire adressé aux patients en réadaptation est le même que ci-dessus. En revanche, les parents d'enfants hospitalisés reçoivent des questions plus adaptées à leur situation.

Le questionnaire ANQ pour la pédiatrie

- 1 Recommanderiez-vous cet hôpital à votre famille ou à vos amis?
- 2 Que pensez-vous des soins que votre enfant a reçus à l'hôpital?
- 3 Quand vous avez posé des questions importantes à une ou un médecin au sujet de votre enfant, avez-vous reçu des réponses compréhensibles?
- 4 Quand vous avez posé des questions importantes à une ou un infirmier au sujet de votre enfant, avez-vous reçu des réponses compréhensibles?
- 5 Votre enfant a-t-il été traité avec respect et dignité au cours de son séjour à l'hôpital?

De 2013 à 2015, le taux de réponses est d'environ 45 % pour la pédiatrie, et de plus de 50 % pour la réadaptation.

Les enquêtes de satisfaction de l'ANQ sont complétées par des enquêtes approfondies, que le CHUV réalise tous les trois ans depuis 2005. Cent questions mesurent la satisfaction des patients sous plusieurs angles comme le soutien moral, la coordination des soins, le bien-être physique ou la transmission d'informations. Certains résultats montrent que les patients apprécient de plus en plus la manière dont le CHUV s'occupe de leurs douleurs, ainsi que leur implication croissante dans le choix du traitement. Le programme dédié à la prise en charge de la douleur porte ainsi ses fruits, de même que le dispositif d'« information patient », qui promeut le consentement éclairé (cf. pages 12 et 13 focus).

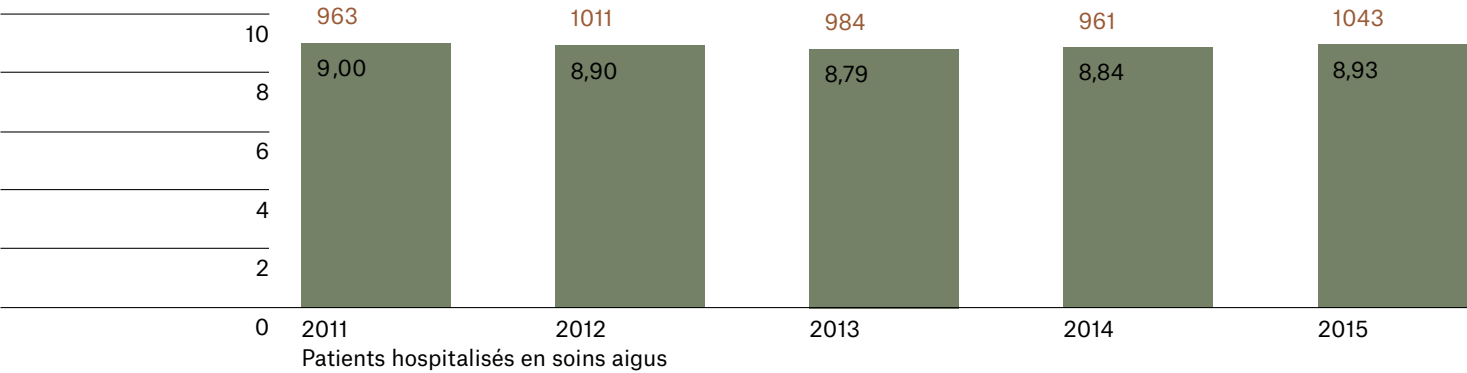
ENQUÊTE NATIONALE DE SATISFACTION

Depuis 2011, le degré de satisfaction des patients est très stable. En moyenne, chaque question reçoit une évaluation proche de 9.

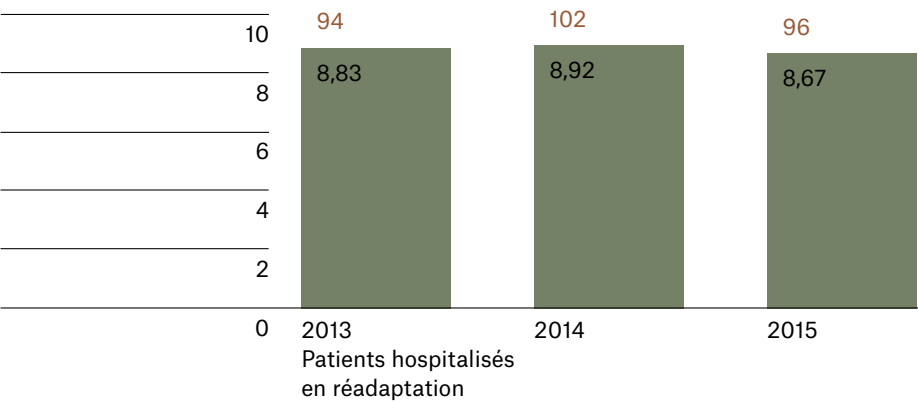
● Accord moyen (sur une échelle de 1 à 10)

Nombre de réponses

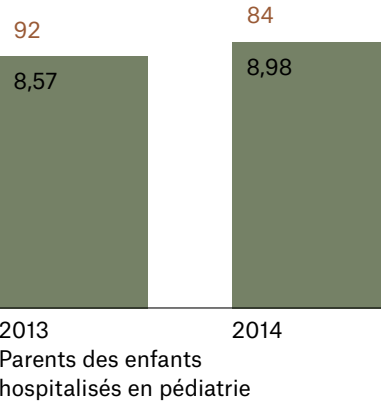
«Choisiriez-vous de revenir dans le même hôpital pour une prise en charge similaire?»



«Choisiriez-vous de revenir dans cette clinique de réadaptation pour un traitement similaire?»



«Recommanderiez-vous cet hôpital à votre famille ou à vos amis?»



En 2016, le CHUV poursuivra ses travaux afin de mieux informer les patients, et de les impliquer dans leur prise en charge (cf. pages 13 et 58).

La douleur, tout un programme

Depuis huit ans, le CHUV développe un projet institutionnel qui vise à informer les patients et former son personnel sur la prévention et les traitements de la douleur.

Traiter la douleur qui survient après une opération, mais aussi la prévenir. Prendre également en charge les souffrances qui affectent les patients dans leur vie quotidienne: depuis 2007, le CHUV met en œuvre un Programme institutionnel douleur spécifiquement conçu pour ces questions.

Aujourd’hui rattaché au Centre d’antalgie, ce programme comporte deux volets principaux: l’information et la formation pour améliorer la prise en charge des douleurs, qui sont distinguées en deux catégories: les douleurs «aiguës», qui surviennent le plus souvent suite à une intervention, et les douleurs «chroniques», qui se prolongent dans le temps, comme les lombalgies, les rhumatismes ou les douleurs liées au cancer.

Dans le cadre du programme, les personnes soignées reçoivent de l’information sous forme de brochures; elles y sont encouragées à exprimer toute souffrance chronique, de même que toute douleur ressentie avant et après une opération. Pour soulager ces dernières et appuyer les services cliniques, une équipe du Centre d’antalgie est disponible 24 heures sur 24. Quant aux douleurs chroniques, elles sont traitées en consultation ambulatoire en collaboration avec divers spécialistes (neurologues, rhumatologues, psychiatres et psychologues).

La part la plus importante du Programme douleur se déploie cependant à l’adresse des collaboratrices et collaborateurs du CHUV: médecins, personnel infirmier et d’aide aux soins reçoivent régulièrement des informations sur les savoirs acquis dans ce domaine. L’équipe en charge du dispositif organise des conférences ouvertes au public ainsi que des journées de formation sur des thèmes spécifiques tels que les douleurs de la face, la douleur neuropathique ou les approches non pharmacologiques. Un site intranet permet également à tous les professionnels des soins de l’hôpital de s’informer des recommandations de bonnes pratiques.



Le personnel du CHUV reçoit régulièrement des informations sur les savoirs acquis dans le domaine de la douleur.

Référente

Yolande Kottelat
Infirmière clinicienne
Responsable du Programme institutionnel douleur

Pour un patient bien informé

Afin que les patientes et les patients connaissent tous les aspects de leurs maladies et de leurs traitements, le CHUV poursuit une politique d’information qui leur est destinée.

Depuis 2010, le CHUV développe une politique institutionnelle d’information aux patients. Ce programme suit deux démarches distinctes.

Une aide au consentement éclairé

La première démarche consiste à informer tout patient avant tout acte invasif et à récolter son consentement. Selon la loi suisse, toute opération, mais aussi tout acte invasif qui peut avoir des conséquences graves (ponction lombaire, chimiothérapie, etc) doit être précédé d’un consentement de la part du patient. Afin que cet accord soit éclairé, les médecins donnent une information documentée sur le traitement envisagé, son déroulement, ses risques, ainsi que sur les solutions alternatives.

Le CHUV a pour objectif d’atteindre que 80 % des actes invasifs soient précédés d’un consentement écrit. Certains actes devant être réalisés en cas d’urgence, ou chez un patient en incapacité de discernement sans possibilité de recourir à une personne pour le représenter, atteindre 100 % n’est pas envisageable. En 2015, le taux de consentement, tous services confondus, a atteint 86 %.

Connaître sa pathologie et ses traitements

Le deuxième axe de la politique institutionnelle d’information consiste à offrir aux patients une documentation sur les pathologies, les traitements et l’offre en soins du CHUV qui réponde aux recommandations internationales en matière d’information aux patients.



Le CHUV a pour objectif que 80% des actes invasifs soient précédés d’un consentement écrit.

Des brochures d’information, vidéos, ebooks, décrivant les pathologies, les traitements médicaux ou chirurgicaux et fournissant des conseils aux patients pour y faire face, sont développés en coordination avec les services cliniques, le Service de communication et le Service d’appui multimédia. L’ensemble de cette documentation est répertorié sur le site intranet du CHUV pour que les collaborateurs puissent en avoir connaissance. Les nouvelles productions font l’objet d’une validation spécifique sur la base de critères qualité de l’institution.

Référentes

Mirela Caci
Directrice médicale adjointe

Anne-Sylvie Diezi
Responsable information patient
Service de communication

Espace Patients & Proches

Il est inévitable que le milieu hospitalier génère des conflits. Ceux-ci ne sont pas le signe d'un échec de la prise en charge, mais l'expression de difficultés susceptibles de surgir dans la relation entre patients et professionnels de soins. Ces problèmes doivent être traités : ignorer le conflit, c'est risquer de le nourrir.



La mission de l'Espace Patients & Proches consiste à maintenir un «lien social».

Situé à l'entrée du bâtiment principal du CHUV, l'Espace Patients & Proches (EPP) a vu le jour en avril 2012. Il est composé de trois médiatrices et médiateurs professionnels. Lorsque la relation devient difficile entre les patients ou leurs proches et les équipes de professionnels, ou lorsque des problèmes de prise en charge se posent, le travail de l'EPP consiste à favoriser le lien entre les deux parties. Lorsqu'un patient ou l'un de ses proches vient exprimer un problème, les médiatrices et les médiateurs s'assurent d'abord qu'il a parlé aux professionnels concernés. Si ce n'est pas le cas, ils accompagnent la reprise du dialogue et peuvent, si nécessaire, proposer une médiation qui permet à chacun d'exprimer son point de vue de façon transparente. Mais l'EPP est également accessible aux collaboratrices et collaborateurs de l'hôpital qui éprouvent des difficultés dans leur relation avec leurs patients. Il leur donne les outils nécessaires pour gérer leur conflit.

La mission centrale de l'Espace Patients & Proches consiste à maintenir ou restaurer le «lien social» : entre patients, proches et professionnels, mais aussi entre les citoyennes et citoyens et «leur» hôpital. Cet objectif est d'autant plus important que nombre de patients ou de proches vont revenir à l'hôpital un jour ou l'autre. L'existence d'un tel lieu prend par ailleurs un sens particulier pour les patients souffrant de maladies chroniques et appelés à maintenir un lien de longue durée avec leur institution de soins. Les témoignages recueillis à l'EPP sont analysés et restitués afin d'améliorer la qualité de la prise en charge au CHUV. Il s'agit d'un lieu confidentiel, neutre et gratuit.

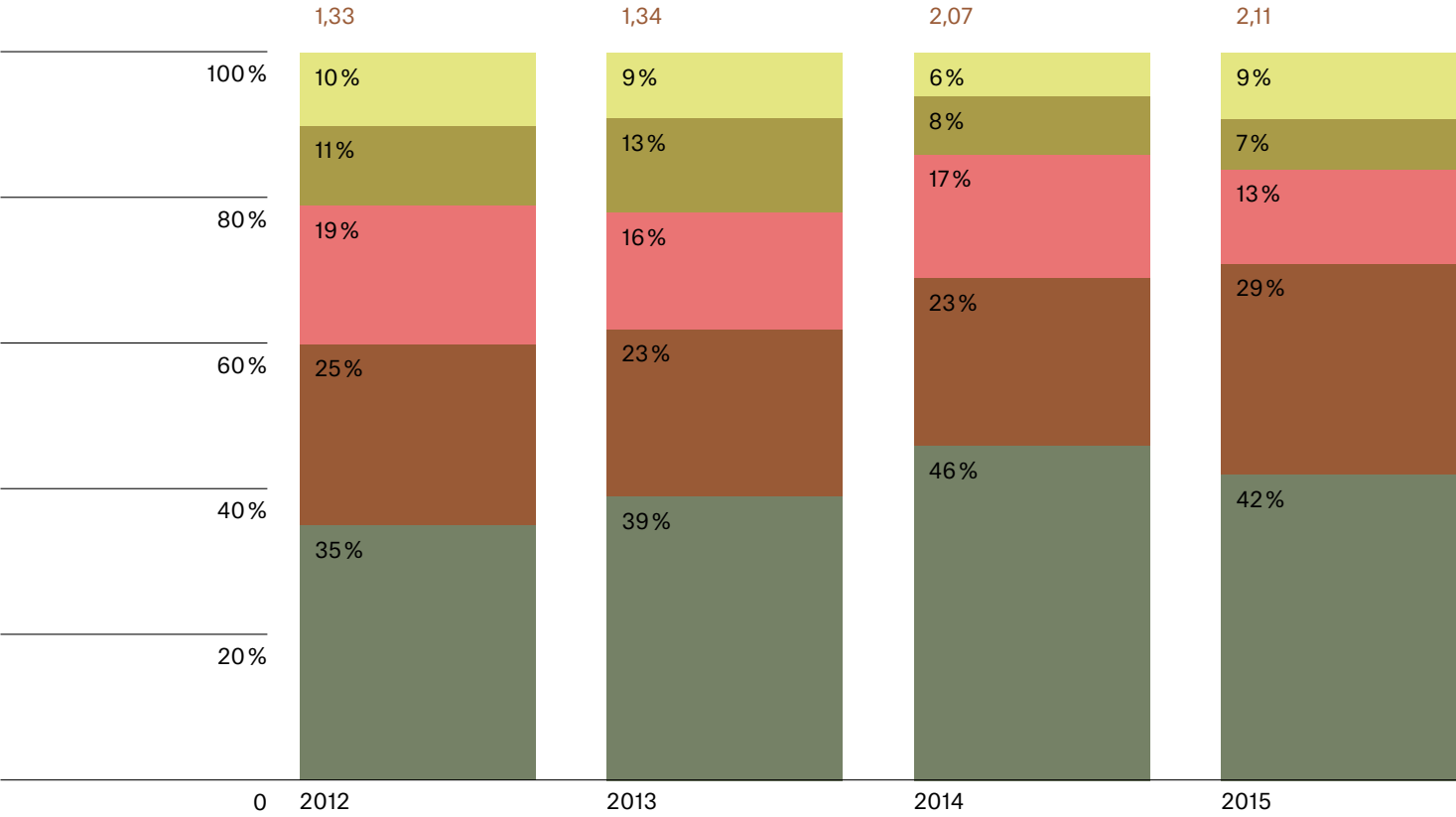


ESPACE PATIENTS & PROCHES, OBJET DES DEMANDES

La majeure partie des doléances adressées à l'Espace Patients & Proches concerne des problèmes relationnels avec le personnel médical et soignant. Les plaintes mettent en cause une communication déficiente, ou des informations jugées peu compréhensibles ou insuffisantes. L'activité de l'EPP se développe, puisqu'elle a passé de 1,3 nouvelle situation par jour en 2012, à 2,1 en 2015.

- Environnement et matériel
- Administratif et droit des patients
- Disponibilité et attente
- Savoir-faire
- Relationnel

Nombre de nouvelles situations par jour ouvré



En 2016, le CHUV continuera ses actions pour améliorer l'accueil du patient et de ses proches. Par ailleurs, pour les patients hospitalisés, les services désigneront désormais un médecin ou un infirmier-ère de référence.

”

Le récit de chacun compte

Interview

Béatrice Schaad
Cheffe du Service de communication
Responsable de l’Espace Patients & Proches

Depuis sa création en 2012, l’Espace Patients & Proches recueille un nombre croissant de doléances de la part des patients, mais aussi des collaboratrices et collaborateurs de l’hôpital qui rencontrent des difficultés avec ceux-ci.

Depuis 2012, plus de 1500 personnes ont déposé une doléance à l’Espace Patients & Proches (EPP). C’est beaucoup?

En chiffre absolu, c’est très peu. Dans un CHUV qui soigne plus de 50’000 personnes par année, le nombre de personnes venues exprimer une doléance est similaire à ce que l’on observe dans d’autres hôpitaux universitaires. Malgré tout, nous estimons qu’il faut leur accorder du poids. Le milieu médical se base habituellement sur d’importants échantillons pour travailler, mais l’EPP défend l’idée que même les voix de quelques-uns doivent compter. En 2015, en médecine interne, quatre patients se sont plaints de ne pas avoir su avec quel médecin interagir; ils s’étaient sentis en insécurité face au tournus des soignants. Malgré le petit nombre des plaintes, le chef du service, le Prof. Waeber, a décidé de changer sa pratique. Désormais, chaque fois qu’une équipe change, un médecin de référence donne sa carte de visite aux patients. C’est le genre de réaction qu’espèrent nombre de personnes qui déposent une doléance.

De 2014 à 2015, l’EPP a été de plus en plus utilisé par le personnel du CHUV. Comment le comprendre?

Cette augmentation montre d’abord la qualité du travail des médiatrices et médiateurs, ainsi que leur intégration dans la chaîne de soins. L’EPP aborde toujours les conflits dans une logique mutuelle: la personne responsable de la médiation tient compte de ce que l’on appelle la «deuxième victime», soit le professionnel de soins, avec la difficulté qu’il affronte. Nous n’opposons jamais patients et professionnels: tout le monde subit un contexte commun où le temps est compté, où les primes maladies augmentent et créent des exigences toujours plus fortes de la part des patients et de leurs proches, où la fragmentation des soins, qui fait passer un patient d’un spécialiste à un autre, est douloureuse pour chacune des parties.

L’indicateur montre que les doléances les plus nombreuses concernent des problèmes relationnels. Que recouvre cette notion?

Les patients sont généralement beaucoup plus compréhensifs face à une erreur médicale, soit un manque de «savoir-faire», que face à un problème relationnel. Nous avons analysé en détail 250 comptes rendus de personnes venues déposer leur récit à l’EPP: les gens se plaignent quatre fois plus de problèmes de relation que de tout autre problème. Les plaintes regroupées dans la catégorie du «savoir-être» expriment majoritairement un sentiment de déshumanisation de la médecine: les patients critiquent par exemple le manque de disponibilité des professionnels de soins, ou un entretien trop court avec leur médecin, ou un ordinateur trop présent pendant une consultation. Mais la déshumanisation se manifeste aussi pour les professionnels sous la forme d’une trop grande exigence de certains patients, qui estiment que la médecine doit être toute puissante et en veulent aux médecins s’ils ne peuvent pas répondre à leurs attentes.

”

Nous n’opposons jamais patients et professionnels.

Que faire face à cette doléance? Réhumaniser l’hôpital?

Les gens manifestent un très grand besoin d’attention. Il faut d’abord travailler sur la qualité de la relation entre les patients et les médecins ou soignants – c’est le point central des progrès à faire. Il faut également que la parole des proches soit mieux intégrée: l’entourage d’un patient se considère parfois comme expert de sa maladie, et souvent, il l’est réellement. Mais réhumaniser l’hôpital, c’est aussi simplement dire que ce lieu ne peut pas tout résoudre. Que la médecine reconnaisse ses limites permettrait d’aller vers des attentes plus réalistes.

Que tous accueillent partout et en tout temps

Préoccupé par un risque de déshumanisation de l’hôpital, le CHUV développe un projet institutionnel intitulé «Accueillir: l’affaire de tous».

Dans le bilan des premières années de l’Espace Patients & Proches du CHUV (EPP), une donnée sonne comme une alerte: depuis 2012, jusqu’à 42 % des personnes venues y déposer une doléance disent avoir vécu un problème relationnel au sein de l’hôpital. Et lorsqu’elles expriment ce qu’elles ont éprouvé au moment de la situation, elles parlent d’un sentiment de déshumanisation.

Une notion générale

Dotée d’une haute technicité, la médecine est devenue très performante, mais elle court le risque de perdre la notion de l’autre. En 2012, une étude menée par l’Ecole hôtelière de Lausanne montrait que, lorsque les patients se déplacent dans les bâtiments, ils doivent continuellement chercher les points d’accueil. Le CHUV a aussi reçu la visite de « patients mystères », qui jouent un rôle afin d’observer la manière dont ils sont traités. Ces deux travaux ont permis de comprendre que la question de l’accueil ne se limite pas à quelques lieux comme la grande réception du bâtiment principal et les desks des différents services. Il s’agit d’une notion générale qu’on retrouve aussi bien dans l’emplacement du parking, que dans les comportements du personnel médical et soignant. Cela veut dire que l’accueil se pratique partout, par tous, et en tout temps.

En 2015, le CHUV a décidé de mettre en œuvre un projet de dimension institutionnelle. Intitulé «Accueillir: l’affaire de tous», cette action se compose de deux niveaux.

Référente

Valérie Gaspoz
Cheffe du projet accueil
Service de communication



La médecine est très performante, mais elle risque de perdre la notion de l’autre.

Un accueil avancé

Le premier niveau comprend des actions ciblées. L’une d’elles a consisté à mettre en place, dès le mois de juin 2015, des postes d’accueil dits « avancés » dans le bâtiment central du CHUV, à l’Hôpital orthopédique et à la Maternité. Des personnes mobiles vont au devant des patients qui arrivent et offrent de les orienter. Exercée par des spécialistes de l’accueil, des civilistes et des personnes en recherche d’emploi, cette fonction permet notamment aux personnes âgées de se mettre en confiance et d’atteindre sans encombres les endroits qu’elles recherchent. Un autre projet ciblé consiste à mettre en place un système simplifié de numéros de téléphone au sein des services, (un pour les consultations ambulatoires, un autre pour les hospitalisations) afin que les patients et les proches, ainsi que les médecins installés qui contactent le CHUV, puissent rapidement atteindre leurs interlocuteurs.

Des idées simples et concrètes

Le deuxième niveau du projet consiste à développer une culture de l’accueil sur le long terme au sein du CHUV. Cette action concerne tous les collaborateurs et collaboratrices de l’hôpital. Elle a commencé en 2015 par des ateliers de sensibilisation destinés d’abord aux membres de la Direction, puis aux cadres des services. Selon un principe de cascades, ces journées impliqueront ensuite tous les niveaux hiérarchiques.

Le contenu de ces formations comprend aussi bien les relations des professionnels avec les patients, que les relations entre collaborateurs. Si les employés du CHUV sont attentifs à leur comportement envers leurs pairs, ils seront plus aptes à développer des comportements accueillants envers les patients. Chaque atelier a ainsi pour objectif de créer la discussion, mais aussi de déboucher sur des idées simples et concrètes que les services peuvent mettre en œuvre, ou que chacun peut développer individuellement.



② La maladie rend vulnérable et très dépendant de l'organisation des soins. S'il reçoit des messages contradictoires, si son traitement change ou si le personnel de l'hôpital prend des décisions sans consulter son médecin de famille, le patient peut souffrir directement de ce manque de coordination et se sentir désécurisé.

Afin d'assurer la continuité des soins, les équipes médicales du CHUV ont pour tâche d'établir un échange d'informations régulier entre tous les acteurs qui soignent un patient, y compris le médecin de famille. Les services y sont particulièrement attentifs en cas d'hospitalisation. L'échange d'information avec le médecin de famille est très important à l'entrée et à la sortie de l'hôpital.

Continuité de la prise en charge

2

Information au médecin traitant des patients hospitalisés

Depuis 2012, le Service de médecine interne du CHUV a pour principe d’avertir systématiquement le médecin traitant d’un patient de l’arrivée de ce dernier au sein de l’hôpital. Dans la mesure du possible, cette information se transmet dans les jours suivant l’admission par le biais d’un fax, d’où le nom de cette mesure dite du « faxmed d’admission ».



Le lien avec le médecin traitant est primordial pour la continuité des soins.

L’objectif de cet envoi est d’abord d’informer le médecin traitant de l’hospitalisation de son patient et du diagnostic initial posé au CHUV. Le faxmed d’admission sert aussi à transmettre les coordonnées des médecins et chefs de cliniques du CHUV qui prennent le patient en charge, afin que le médecin traitant puisse les atteindre facilement. Ce lien est en effet primordial pour assurer une bonne continuité des soins. Par cette prise de contact, l’équipe médicale du Service de médecine interne peut obtenir des informations extrêmement utiles pour une prise en charge adéquate du patient.

Le Service de médecine interne du CHUV accueille environ 4500 patients par année. Parmi eux, la grande majorité vient du domicile. En moyenne, les patients restent hospitalisés dans le service pendant une douzaine de jours.



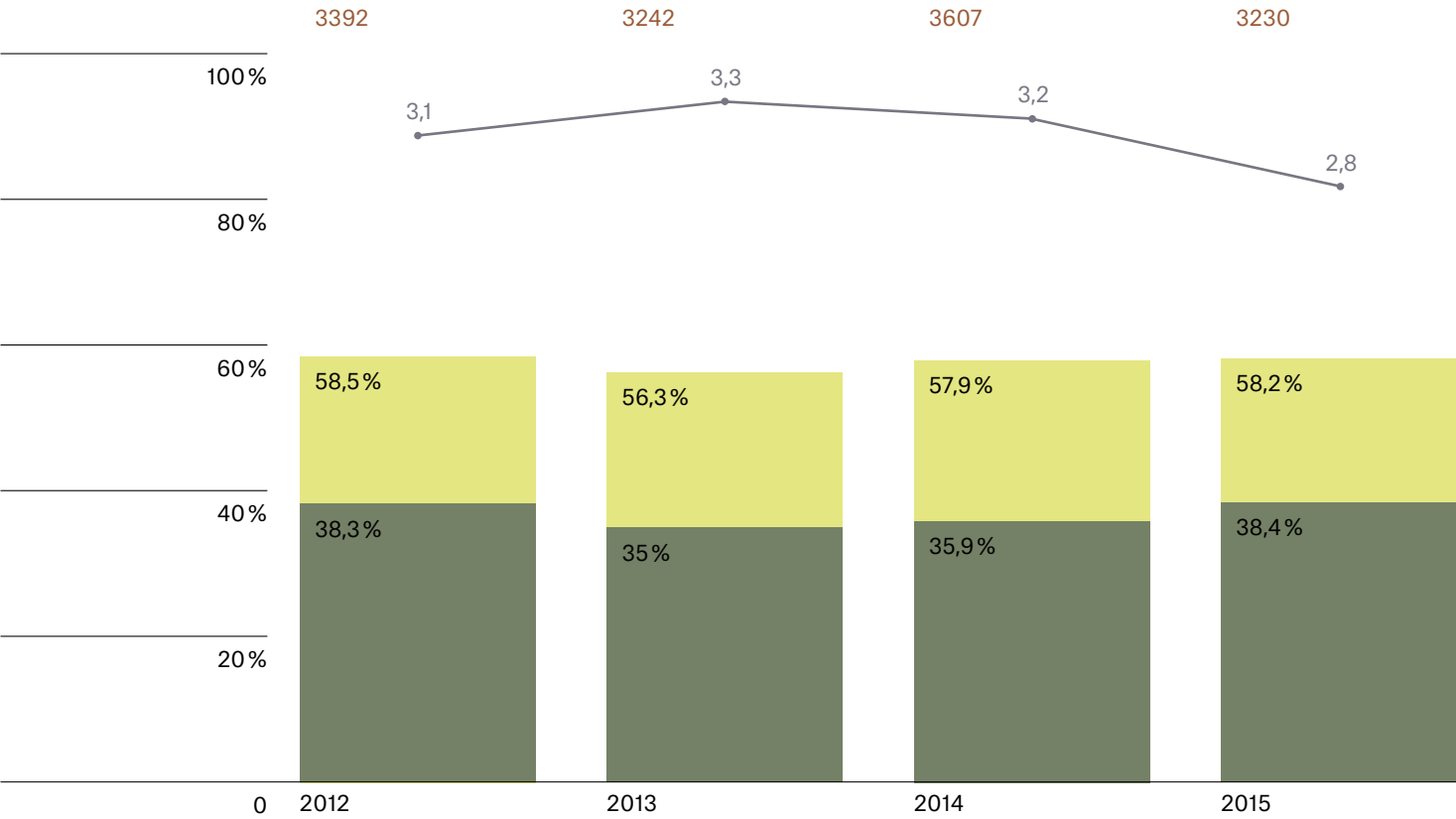
TAUX DE FAXMEDS ENVOYÉS DANS LES 48H ET DÉLAIS DE PRODUCTION

Depuis son instauration en 2012, l’information au médecin traitant est envoyée dans près de 60 % des cas d’hospitalisation. Les deux tiers de ces envois sont effectués dans les 48 heures qui suivent l’admission. Mais le délai d’envoi moyen est d’environ trois jours. Au vu des difficultés que représente l’application de cette mesure (cf. interview du Prof. Waeber pages suivantes), et même si le délai d’envoi peut sans doute être encore amélioré, on peut considérer ce résultat comme très satisfaisant. Le nombre de patients éligibles pour être inclus dans ce processus d’information par faxmed d’admission peut varier selon leur provenance, leur accord pour transmettre l’information, ainsi que de l’existence ou non d’un médecin de famille.

- Proportion de séjours avec fax au médecin traitant après admission
- Proportion de séjours avec fax au médecin traitant dans les 48h après admission

Délai moyen (jours)

Nombre de séjours



La Direction du CHUV a décidé de généraliser l’envoi d’un faxmed d’admission au médecin traitant des patients hospitalisés en urgence depuis leur domicile. L’objectif est que cette mesure soit mise en pratique dans l’ensemble des services d’ici la fin de l’année 2017.

”

J’aimerais que les médecins traitants deviennent nos partenaires

Interview

Prof. Gérard Waeber
Chef du Service de médecine interne

Initiateur du «faxmed d’admission», le Prof. Waeber explique les difficultés que rencontre la mise en œuvre d’une pratique apparemment simple.

L’indicateur du taux de faxmed d’admission indique que, pour près de 60 % des patients qui arrivent dans votre service, un fax est envoyé à leur médecin traitant. Comment jugez-vous ce résultat ?

Le problème, c’est que je ne connais pas le taux idéal. Voilà quatre ans que j’ai instauré l’envoi automatique d’un fax au médecin traitant des patients dès leur arrivée dans notre service. Mais au CHUV, nous sommes les seuls à mettre cette mesure en œuvre. Je ne sais pas non plus si d’autres institutions la pratiquent. Je ne peux donc pas comparer. Je suis tout de même satisfait de voir que le taux d’envoi est élevé. Nous parvenons à envoyer une grande majorité des fax aux médecins traitants dans les trois jours après l’arrivée de leur patient dans notre service.

Qu’est-ce qui parfois empêche ou retarde l’envoi d’un fax au médecin traitant d’un patient ?

Il y a de nombreuses raisons. Certaines personnes refusent que nous transmettions des informations à leur médecin, d’autres ne sont pas capables de discernement ou sont désorientées – ce cas est très fréquent ; d’autres encore n’ont tout simplement pas de médecin de famille. Il arrive aussi que l’un de nos médecins assistants oublie d’inscrire le nom du médecin traitant dans notre logiciel, ou que notre secrétariat soit débordé par une situation de crise dans laquelle d’autres missions priment, comme la rédaction des lettres de sortie.

Comment vous est venue l’idée d’instaurer cette mesure ?

Je voulais d’abord communiquer, être transparent. Informer un confrère que son patient arrive chez nous est une question de politesse. Il serait triste qu’un médecin, qui s’occupe d’une personne parfois depuis quinze ou vingt ans, ne soit pas mise au courant de l’hospitalisation de son patient. Ensuite, l’hospitalisation d’un patient fait partie de l’ensemble de son parcours médical ; je voulais que les médecins de ville deviennent partenaires de notre prise en charge. Le passage au CHUV ne représente qu’un moment de ce parcours de vie.

En quoi le médecin traitant peut-il devenir un partenaire ?

Si le médecin traitant nous envoie des informations utiles, nous pouvons éviter de répéter des examens, scanner ou autre, qu’il aurait pratiqués auparavant. Nous évitons aussi certaines errances de diagnostic : si un électrocardiogramme paraît anormal au moment de l’admission, je ne considère pas cette observation de la même manière si le résultat était le même six mois plus tôt ; si une radiographie du thorax montre une zone suspecte, mais que l’image était identique il y a trois ans, ça change tout. On ne perd pas de temps, on dépense moins d’argent et on évite de pratiquer des examens parfois douloureux.

”

Informez un confrère que son patient arrive chez nous : est d’abord une question de politesse.

Le fax est un instrument de transmission qui tend à disparaître. Utilisez-vous aussi le courrier électronique ?

Personnellement, j’aimerais pouvoir atteindre tous les médecins par courrier électronique ; certains n’ont pas de fax et souvent, atteindre un confrère au téléphone est laborieux. Cependant, si environ 90 % des 2500 médecins actifs au sein de la Société vaudoise de médecine ont une adresse email, moins de 500 d’entre eux ont une adresse électronique sécurisée. On entend souvent qu’il est difficile pour les médecins de ville de communiquer avec le CHUV, mais pour nous, communiquer avec l’extérieur est bien plus compliqué qu’il n’y paraît.

Délai d’envoi des lettres de sortie

Lorsqu’un patient sort du CHUV pour rentrer chez lui, ou lorsqu’il est transféré dans un autre établissement de soins, le service qui l’a pris en charge communique un résumé de sa situation clinique à son médecin traitant. Le médecin référent du patient à l’hôpital élabore une lettre de sortie, soit un document de synthèse qui décrit la situation de la personne soignée, les investigations réalisées, les résultats obtenus et les traitements initiés durant son hospitalisation.



Il est primordial que la lettre de sortie soit transmise rapidement.

Il est primordial que ce document soit transmis rapidement. La lettre de sortie permet au médecin traitant de comprendre au mieux le parcours que son patient a suivi durant son séjour au CHUV. Plus le délai de transmission est court, plus la transition entre l’hôpital et le médecin traitant, ou un autre établissement, sera optimale, et plus on évite une rupture potentielle dans la continuité des soins.

Il faut savoir par ailleurs que la facturation du séjour d’un patient au CHUV s’établit sur la base de la lettre de sortie. Ce document a donc également une grande importance pour le suivi administratif de l’hôpital.

Le CHUV a fixé le délai idéal de transmission de la lettre de sortie à huit jours au plus tard après que le patient a quitté l’hôpital. Bien qu’encore difficile à atteindre, cette cible est incontournable.



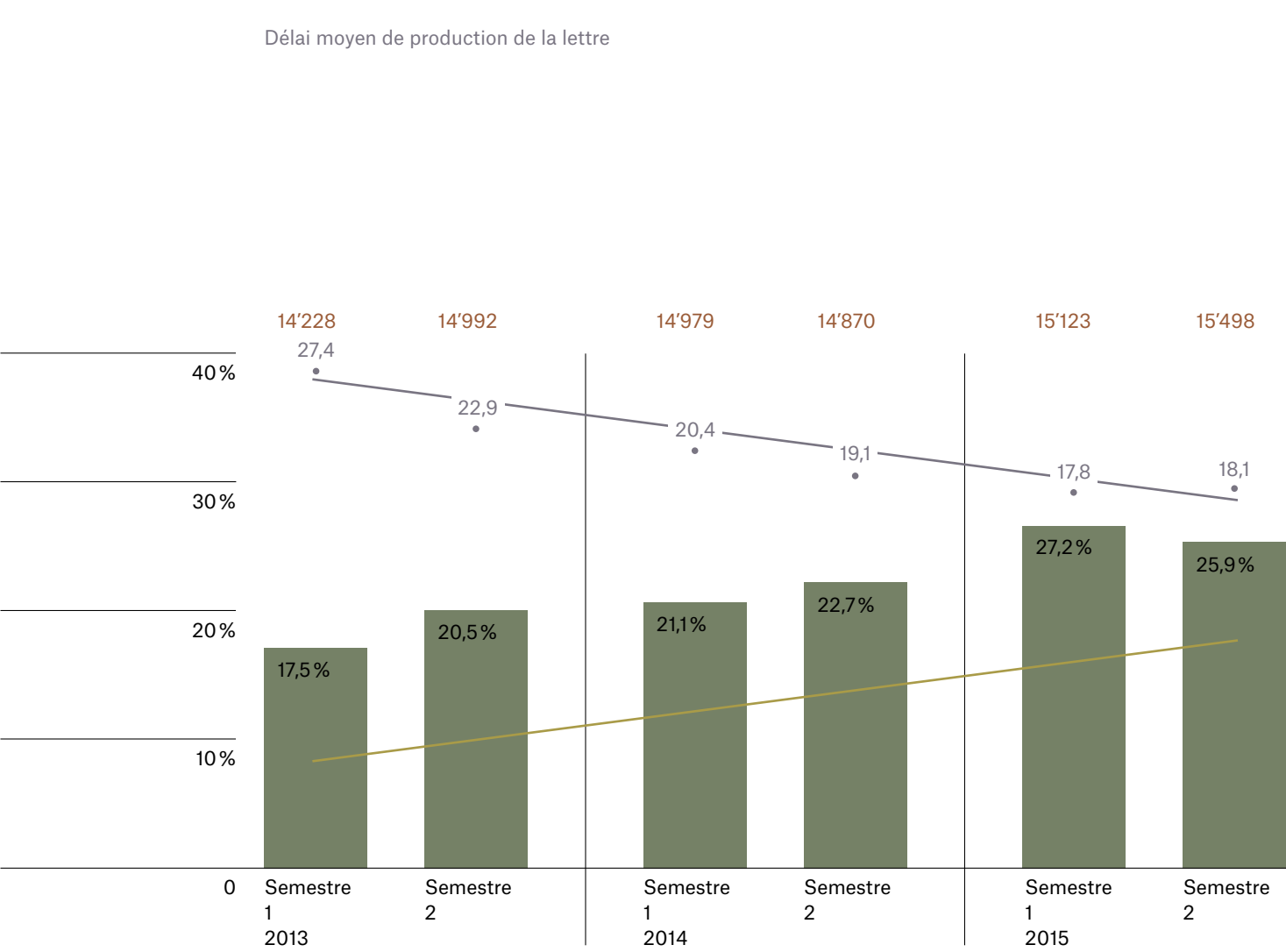
TAUX DE LETTRES DE SORTIE DANS LES HUIT JOURS ET DÉLAIS MOYENS DE PRODUCTION

Le taux de lettres de sortie envoyées dans les huit jours après la sortie du patient de l’hôpital n’atteint pas encore l’objectif fixé. De 2013 à 2015, le délai d’envoi moyen est tout de même passé de près de 28 jours à un peu plus de 18 jours. Des efforts doivent encore être fournis, mais cette diminution montre une attention soutenue de la part des différents services cliniques, afin de transmettre la lettre de sortie dans un délai toujours plus court au médecin traitant.

● Proportion de lettres envoyées dans les huit jours suivant la sortie

Nombre de séjours (éligibles) sortis

Délai moyen de production de la lettre



En 2016, le CHUV continuera de déployer des mesures pour simplifier l’élaboration de la lettre de sortie et pour mieux utiliser le «dossier patient» informatisé.

Des étapes à simplifier

Fixé par le CHUV à huit jours, le délai moyen d’envoi des lettres de sortie est encore loin de sa cible. Explications et solutions pour y parvenir.

Dans certains hôpitaux, les patients peuvent emmener leur lettre de sortie en rentrant chez eux. Bien que le CHUV se soit donné plusieurs jours pour transmettre ce document, le délai moyen est encore loin de l’objectif fixé. Pour quelles raisons ?

Un document important

Contrairement à ce que sa dénomination peut laisser entendre, la lettre de sortie est un document important, qui comprend plusieurs parties. Certaines peuvent être élaborées rapidement, comme le résumé des résultats de laboratoire ; d’autres au contraire peuvent se révéler compliquées.

Si une personne en bonne santé habituelle séjourne quelques jours pour un problème et un traitement courants, comme une opération des amygdales ou d’une hernie, le document sera simple à réaliser. Le CHUV prend cependant en charge beaucoup de patients qui souffrent de plusieurs maladies et problèmes à la fois, et qui passent par des interventions complexes. Pour ce type de cas, donner une idée aussi précise que synthétique d’un parcours parfois long, ainsi que du raisonnement qui a guidé une prise en charge compliquée, représente un travail important. Le médecin traitant, qui reprend les soins de son patient après l’hôpital, doit pouvoir s’appuyer sur un document complet et fiable. La lettre de sortie servira également lors d’une prise en charge future au sein du CHUV ou d’un autre établissement.

Une élaboration à plusieurs mains

Le premier auteur d’une lettre de sortie est le médecin assistant qui a suivi le patient pendant son séjour. Son travail de synthèse et de documentation est ensuite supervisé par un chef de clinique ou un médecin cadre, qui doit éventuellement procéder à des corrections ; ensuite, dans certaines situations, le chef du service signe l’ensemble du dossier. Au travail de ces différents intervenantes et intervenants s’ajoute celui du secrétariat qui retranscrit la lettre de sortie et effectue les corrections nécessaires. Ce processus demande du temps, afin d’éviter toute erreur.



Le processus pour élaborer la lettre de sortie n’a pas encore été complètement modifié.

Chacune de ces étapes représente un goulet d’étranglement potentiel. Les médecins assistants, de même que leurs supérieurs occupés par les activités cliniques, peuvent ne pas être suffisamment disponibles pour mener rapidement ce travail à bien. Il est donc important de faciliter au maximum les étapes permettant de disposer d’une lettre de sortie.

Une organisation du travail amenée à évoluer

Depuis 2012, grâce à l’informatisation du dossier des patients, il est possible d’élaborer la lettre de sortie au fur et à mesure du séjour du patient, ce qui permet de gagner du temps. Le processus pour élaborer le document n’a cependant pas encore été complètement modifié. Dans certains services, les médecins assistants attendent encore la sortie du patient pour commencer leur rédaction. Tenir un délai moyen de huit jours demande cependant de travailler en flux continu et de s’appuyer sur les outils informatiques à disposition. Le CHUV doit donc encore améliorer certaines fonctionnalités du dossier patient informatisé, et soutenir sa bonne utilisation par les équipes médicales. Parallèlement, l’organisation du travail sera rendue plus fluide pour éviter les redondances de saisie ou les pertes de temps. Une fois ces tâches menées à bien, la lettre de sortie, moyennant quelques ajustements, sera prête peu de temps après le départ d’un patient.

Références

Anne-Claude Griesser
Directrice médicale adjointe

Estelle Lécureux
Responsable des indicateurs cliniques

Réadmissions potentiellement évitables

Lorsqu’un patient revient au CHUV moins de trente jours après sa sortie de l’hôpital, on parle de réadmission. Certains de ces retours sont prévisibles ou même planifiés, suite à une opération, ou lorsqu’un traitement au long cours (par exemple en cas de cancer) demande que le patient revienne séjourner au sein de l’institution. Mais d’autres réadmissions sortent de ce cadre. Il faut alors se demander si le retour du patient résulte d’un problème dans sa prise en charge. Une infection suite à une opération peut se déclarer une fois le patient rentré chez lui ou l’organisation de la sortie vers le domicile peut ne pas avoir été gérée de manière optimale. Afin d’améliorer la qualité des soins, il est donc important d’identifier les réadmissions qui pourraient être évitées.



Il faut se demander si le retour d’un patient à l’hôpital vient d’un problème dans sa prise en charge.

Dans son set d’indicateurs, l’Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) a retenu le taux de réadmissions potentiellement évitables à trente jours calculé par l’algorithme SQLAPE®.

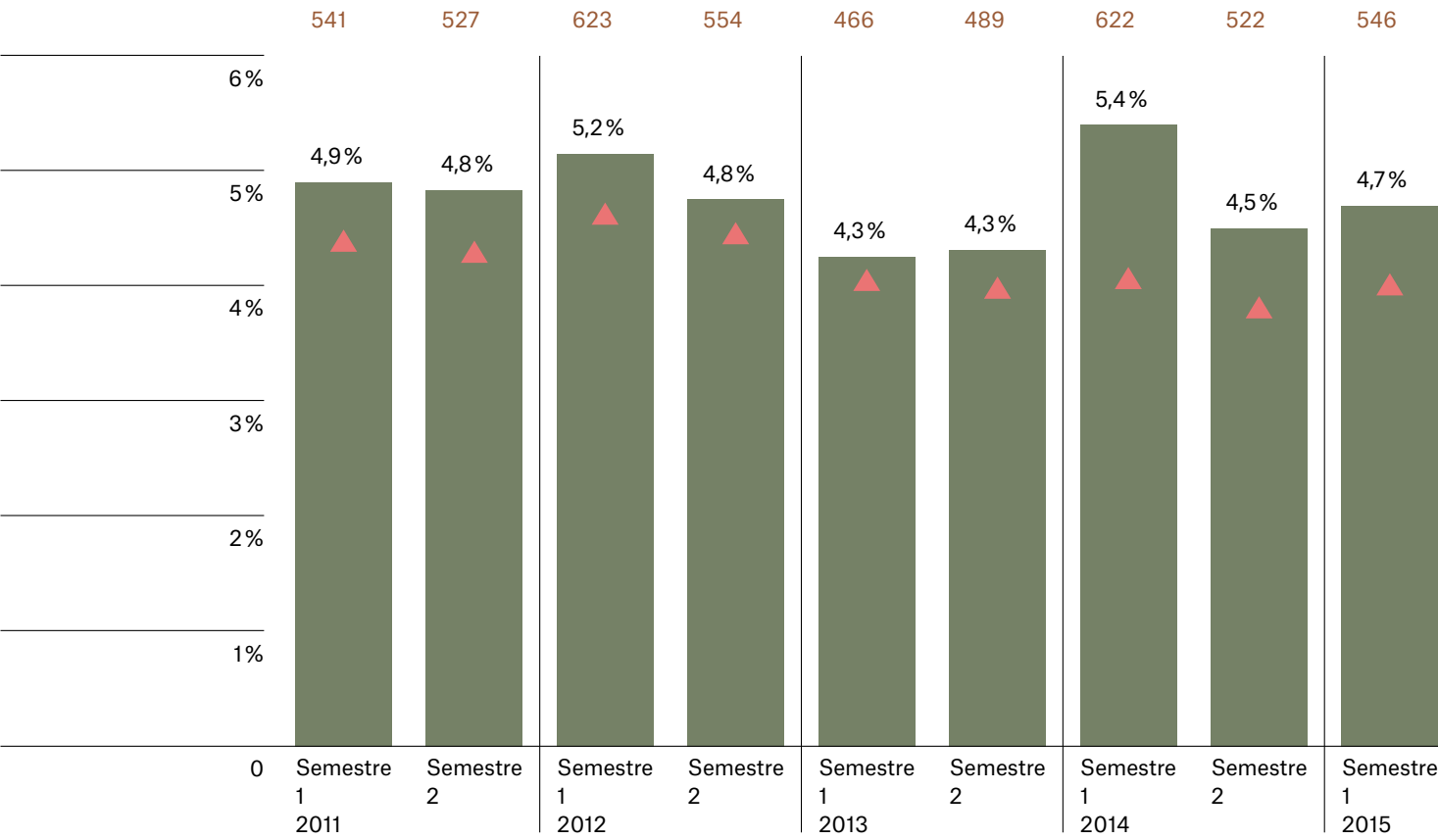
Si une admission survient dans un délai de trente jours après la sortie du patient, cet algorithme identifie si la réadmission était potentiellement évitable et calcule un taux pour le CHUV. Son calcul se base sur les données médico-administratives, dont les codes de diagnostic; il prend en compte les caractéristiques des patients et la complexité des situations. Ce taux est comparé à un taux attendu, basé sur les données de la Suisse entière pour les années 2007 à 2012. Le taux du CHUV peut ensuite être comparé avec ce taux attendu.



TAUX DE RÉADMISSIONS POTENTIELLEMENT ÉVITABLES

Le CHUV suit cet indicateur semestriellement. Par rapport à 2013, les résultats du premier semestre 2015 montrent un taux plus élevé que ce qui est attendu, une situation probablement à mettre en lien avec l’engorgement du CHUV au début de l’année; des personnes ont pu être renvoyées chez elles un peu trop tôt ou des interventions différées, afin de faire face à la demande.

- Pourcentage de réadmissions potentiellement évitables
- ▲ Limite supérieure attendue, selon les caractéristiques des patients
- Nombre de réadmissions potentiellement évitables



En 2016, le CHUV maintiendra ses démarches d’amélioration de la transition des patients vers le domicile. L’objectif est de raccourcir le délai de transmission de la lettre de sortie au médecin traitant (cf. pages 27 à 29). Seront également développées les mesures qui limitent l’engorgement du CHUV (cf. page 74).

Un indicateur très important

Légèrement supérieur à la limite maximale attendue, le taux de réadmissions potentiellement évitables du CHUV fait l’objet d’une attention particulière.

Le nombre de réadmissions potentiellement évitables que connaît un hôpital comme le CHUV est une donnée associée à plusieurs facteurs. Son niveau s’explique en partie par le fait que le CHUV a pour mission de prendre en charge les patients les plus sévèrement atteints de la région vaudoise. Certains sont transférés au CHUV en provenance d’autres établissements. De par leur état de santé, ces patients ont une propension plus importante à développer des complications, ou à voir leur maladie s’aggraver une fois rentrés chez eux, et donc à devoir être réadmis au sein de l’institution.

Assurer une bonne transition

Dans le domaine de la chirurgie, les réadmissions potentiellement évitables peuvent être dues à des complications postopératoires comme des problèmes d’infections ou des saignements. En médecine interne, ce type de retour au sein de l’hôpital peut concerner des patients qui souffrent d’une maladie chronique, insuffisamment stabilisée. Par exemple, après avoir été soigné au CHUV pour une insuffisance cardiaque, un patient rentre chez lui, mais quelques jours plus tard, le problème peut resurgir; il faut donc le réadmettre à l’hôpital. Cette situation concerne environ 20 % des patients.

Pour les patients souffrant d’une insuffisance cardiaque, le Service de médecine interne a développé un plan de transition pour assurer la coordination et la continuité des soins. Ce plan comprend quatre axes principaux. Tout d’abord, le renforcement des connaissances du patient vis-à-vis des signaux d’alerte à observer, l’incitant à prendre contact sans attendre avec son médecin traitant. Deuxièmement, après une vérification systématique des médicaments, un plan de traitement pour le domicile est préparé et expliqué au patient; il est ensuite communiqué à sa pharmacie et à son médecin traitant. Troisièmement, l’équipe du CHUV assure un suivi téléphonique jusqu’à la première consultation chez le médecin traitant. Enfin, l’ensemble des informations nécessaires au bon suivi du patient à domicile sont communiquées au médecin traitant et à l’équipe de soins à domicile, lorsque celle-ci intervient.



Le taux de réadmissions potentiellement évitables aide à rester vigilant.

Ce plan de transition a fait l’objet d’une étude qui observe son effet sur le taux de réadmissions potentiellement évitables. Il constitue la base pour des projets institutionnels futurs comme la vérification systématique de la médication à l’entrée.

La pression des engorgements

Améliorer le délai de la lettre de sortie (cf. page 26) permet également d’agir sur le taux de réadmissions potentiellement évitables, en touchant cette fois les patients tous services confondus. Si un médecin traitant ne dispose pas d’informations sur son patient lorsqu’il sort de l’hôpital, il va lui être difficile d’assurer la continuité du traitement instauré à l’hôpital; il risque par exemple de changer son traitement à mauvais escient. Plus le délai de transmission des lettres de sortie sera court, plus le taux de réadmissions potentiellement évitables a des chances de baisser.

Mais un autre élément de poids peut agir sur le taux de réadmissions potentiellement évitables. Lorsque le CHUV est engorgé, l’hôpital subit une forte pression afin de libérer des lits pour permettre d’accueillir de nouveaux patients nécessitant des soins urgents. Il peut arriver qu’un patient sorte un peu trop tôt, et connaisse par exemple un regain de douleur; il est alors possible qu’il se représente à l’hôpital pour adapter son traitement antalgique. De la même façon, la recherche d’efficience qui guide la gestion des soins au CHUV comme ailleurs pousse à diminuer la durée moyenne des séjours à l’hôpital. Certains patients rentrent chez eux, alors qu’ils pourraient séjourner un ou deux jours de plus à l’hôpital. Le taux de réadmissions potentiellement évitables aide le CHUV à rester vigilant pour que ces situations soient des exceptions.

Référentes

Anne-Claude Griesser
Directrice médicale adjointe

Estelle Lécureux
Responsable des indicateurs cliniques



③ Un patient qui entre dans un hôpital ne devrait courir aucun risque évitable durant son séjour. Afin de développer une culture de la sécurité en son sein, le CHUV met en œuvre plusieurs programmes. L'un améliore l'hygiène pour diminuer les infections. Un autre assure le remplissage d'une checklist de contrôle avant toute intervention, dans le but d'éviter toute erreur. Un troisième encourage à s'exprimer lorsque la prise en charge ne se passe pas aussi bien que prévu. Via un outil spécifique, toutes les collaboratrices et collaborateurs du CHUV peuvent signaler un événement indésirable; l'incident sera ensuite analysé, dans le but d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients.

Sécurité par la gestion des risques

3

Sécurité interventionnelle

En s'appuyant sur les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour une chirurgie plus sûre afin d'épargner des vies, le CHUV a introduit une checkliste de sécurité. Les équipes médico-soignantes doivent la remplir avant toute intervention chirurgicale et acte interventionnel. Cette procédure vise à prévenir les erreurs de site opératoire, les infections ou les oublis de corps étrangers.



Toujours plus de checklists sont remplies à 100%.

Plus spécifiquement, la checkliste a pour objectifs:

- × d'améliorer la sécurité interventionnelle en intégrant dans les pratiques des équipes, la vérification croisée de différents points critiques de sécurité;
- × de renforcer la communication et le partage des informations au sein des équipes travaillant au bloc opératoire ou interventionnel.

La liste comprend une succession d'étapes déclinées en activités, telles que le contrôle de l'identité du patient, le contrôle du marquage du site opératoire, la disponibilité du bon matériel, le comptage des compresses, etc. Pour chaque intervention dans un bloc opératoire, elle est considérée comme remplie à 100% lorsque tous les éléments de toutes les étapes sont renseignés.

Mise en place en 2010 et informatisée début 2013, cette procédure présente un nombre toujours plus important de checklists remplies à 100% par les équipes médico-soignantes.

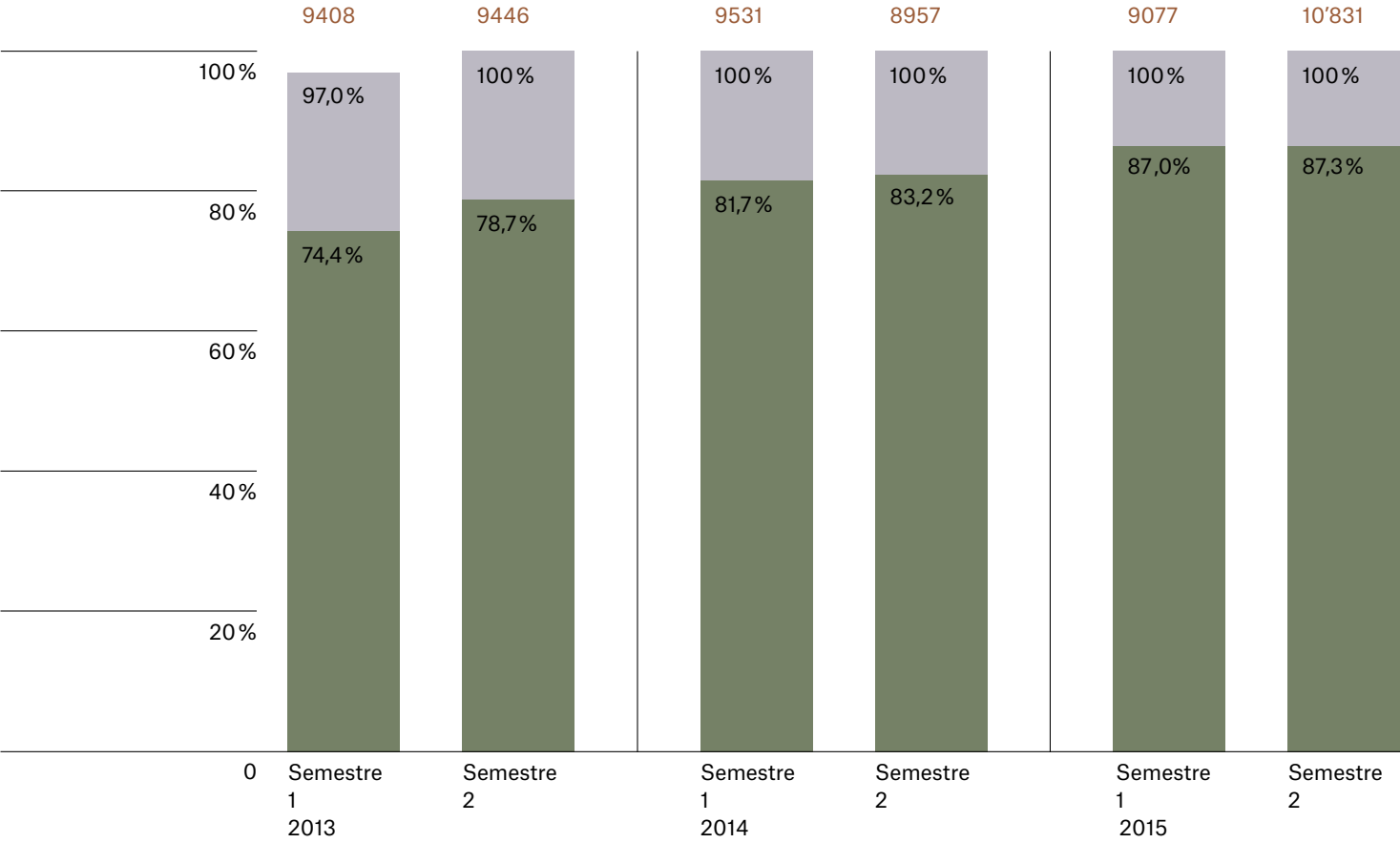


CHECKLISTE INTERVENTIONNELLE - ÉVOLUTION SEMESTRIELLE DEPUIS DÉBUT 2013

L'exigence de cet indicateur est très élevée: pour chaque intervention, il faut procéder à près de 40 actions de sécurité, chacune devant être documentée. Dès le second semestre 2013, la liste est au moins partiellement remplie pour 100% des interventions. Au second semestre 2015, elle a été renseignée de façon exhaustive pour 87,3% des interventions.

- Proportion d'interventions avec tous les éléments de la checkliste renseignés
- Proportion d'interventions avec la checkliste au moins partiellement remplie

Nombre d'interventions



En 2016, le CHUV continuera d'améliorer le remplissage de la checkliste interventionnelle. L'objectif est d'arriver à un taux de saisie proche de 95%.

”

Nous avons adapté la checkliste à la chirurgie ambulatoire

Interview

Prof. Jean-Blaise Wasserfallen
Directeur médical

Afin d’augmenter encore le taux de saisie de la checkliste interventionnelle, le CHUV a participé au projet pilote Progress! Ce programme a permis de créer un document adapté aux opérations ambulatoires.

L’indicateur de la checkliste interventionnelle dit qu’en 2015, près de 90 % des listes ont été complétées. Qu’est-ce que cela signifie exactement?

Cela veut dire que près de 90 % des checklists ont été totalement remplies, et que les autres ne l’ont été que partiellement. Certaines situations ne permettent pas de renseigner tous les critères, or il suffit qu’il en manque un pour que la liste ne soit pas comptabilisée comme complète.

Pourquoi certaines checklists ne sont-elles pas complètes?

Il y a parfois le facteur humain, qui fait qu’on oublie la liste dans le feu de l’action, mais il y a surtout des facteurs techniques: pour certaines interventions, la première checkliste est trop complexe. C’est pour cela que nous avons participé au programme Progress!, lancé par la Fondation pour la sécurité des patients. Ce projet nous a permis d’adapter la procédure aux interventions simples, et de garantir une application correcte et systématique de la checkliste interventionnelle.

”

Nous voulons garantir une application systématique de la checkliste interventionnelle.

Comment avez-vous mené ce projet?

Nous avons travaillé sur l’Hôpital de l’enfance et son bloc opératoire de trois salles. Pendant dix-huit mois, nous avons mis au point un modèle de liste adapté aux opérations ambulatoires. Les informaticiens ont trouvé une solution assez simple: sur la liste de vérification, dans l’application informatique du bloc opératoire, on coche «ambulatoire», ce qui réduit automatiquement le nombre de critères à remplir.

La mise en œuvre du projet a-t-elle été difficile?

Le problème principal consiste à trouver le temps nécessaire. Un tel projet se fait à la marge de l’activité quotidienne. Il faut que toutes les collaboratrices et collaborateurs soient formés, et que chacun s’investisse. Il suffit qu’une personne soit aux abonnés absents, et tout ralentit. La mise en œuvre de Progress! est cependant bornée dans le temps par la Fondation sur la sécurité des patients. Nous devons obéir à des étapes incontournables. Nous avons donc chargé une coordinatrice de suivre l’ensemble et d’obtenir ce qu’il fallait dans les délais. Mener un tel projet n’est jamais facile, mais nous avons abouti. Notre travail a d’ailleurs rencontré un bon écho dans la presse.

Quelle suite allez-vous donner à ce travail?

Nous avons l’intention de déployer la liste simplifiée dans les autres blocs opératoires du CHUV, notamment à la Maternité, à l’Hôpital orthopédique et au Centre de chirurgie ambulatoire de Beaumont 24. Le danger d’un programme comme Progress!, c’est que les bénéfices que vous récoltez s’estompent une fois le projet terminé. Au CHUV, nous avons la garantie de pouvoir les faire fructifier parce que la checkliste est informatisée. Si la courbe de remplissage fléchit dans un département de l’hôpital, nous allons tout de suite le voir sur notre tableau de bord. Les résultats sont ensuite discutés en réunion entre la Direction générale et la Direction du département concerné, afin de décider comment intervenir. Informatiser les indicateurs fait partie de la philosophie du CHUV. Si vous voulez suivre les données, il faut les informatiser. Sans cela, les récolter demande trop de ressources.

Observance de l'hygiène des mains

L'hygiène des mains joue un rôle clé dans la prévention des infections: c'est par les mains que se transmet la majeure partie des microbes pathogènes. A la base de toute profession soignante, son observance est particulièrement importante dans un hôpital. Les germes y sont nombreux et les patients fragilisés, certains étant précisément hospitalisés pour des infections. Le Service de médecine préventive hospitalière du CHUV est extrêmement attentif à ce danger.

L'observance de l'hygiène des mains est évaluée selon les critères de l'OMS, qui définit cinq «opportunités» ou moments clés au cours desquels un membre du personnel soignant doit se désinfecter les mains: (1) avant d'entrer en contact avec un patient, (2) avant de procéder à un acte invasif (comme poser une sonde), (3) après tout contact avec un patient ou (4) avec son environnement immédiat, ou (5) après avoir été en contact avec un liquide biologique tel que le sang.

Le Service de médecine préventive hospitalière mesure chaque année l'adéquation aux recommandations de l'OMS par des audits auprès d'une douzaine de services du CHUV. Il promeut également l'hygiène des mains depuis de nombreuses années par des actions pratiques (cf. interview).



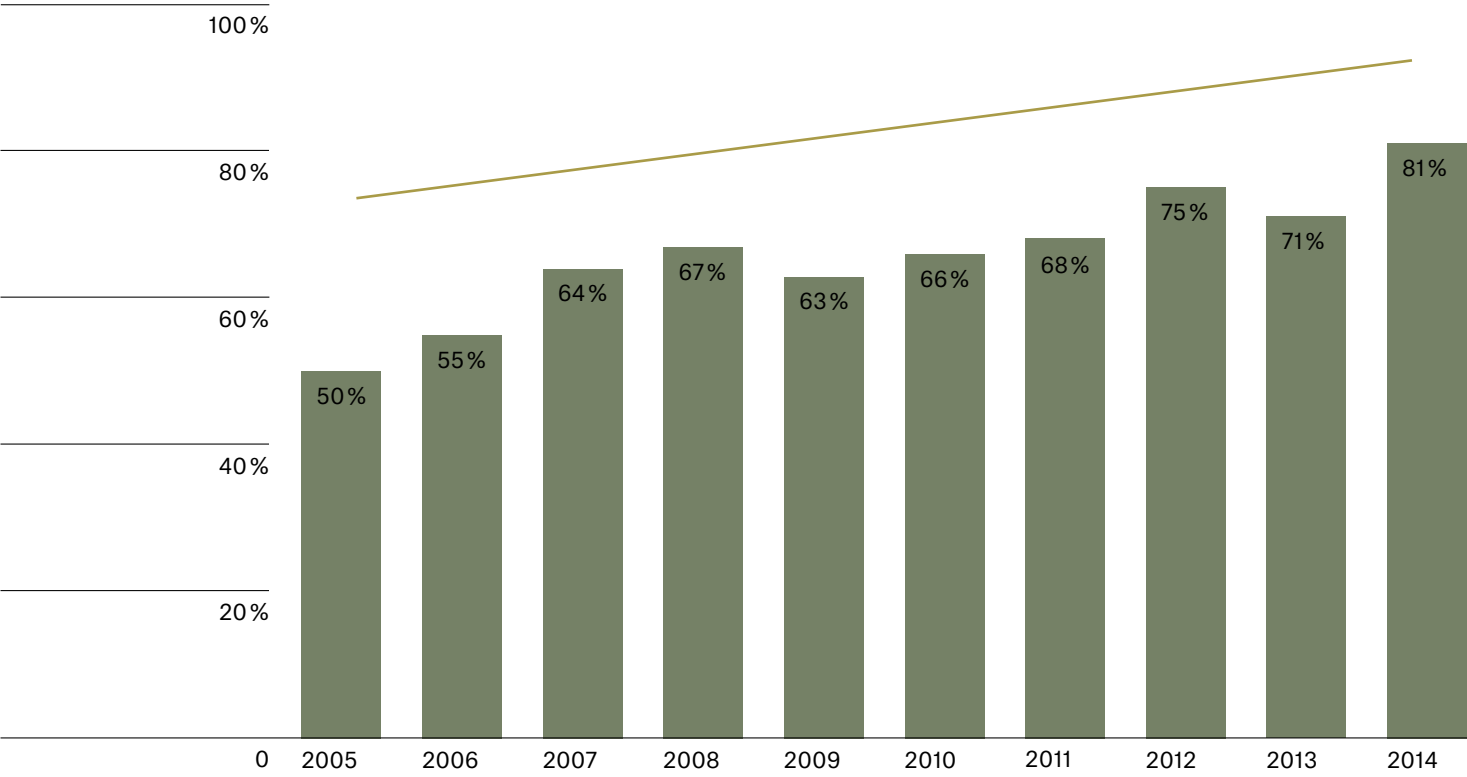
L'OMS définit cinq moments clés au cours desquels il faut se désinfecter les mains.



OBSERVANCE GLOBALE

Les audits effectués chaque année observent un grand nombre d'indications à des mesures d'hygiène des mains (1527 en 2014) auprès de divers professionnels. On reporte un geste d'hygiène des mains lorsqu'il a été effectué selon les recommandations. En 2014, une désinfection a bien été effectuée dans 81% des moments clés définis par l'OMS. C'est un très bon résultat par rapport à ce qui est publié dans la littérature scientifique. L'évolution de l'indicateur dénote également une amélioration sensible d'année en année.

Taux d'observance



En 2016, le CHUV continuera d'améliorer l'observance de l'hygiène de mains. L'une des mesures consiste à rendre le produit de désinfection plus accessible pour les soignants.

”

L'hygiène des mains s'apprend aujourd'hui dès les formations de soins

Interview

Prof. Giorgio Zanetti
Chef du Service
de médecine préventive hospitalière

Pratiquée au CHUV depuis longtemps, la désinfection des mains atteint en 2014 de très bons niveaux d'observance au sein de l'institution.

L'observance de l'hygiène des mains s'est très fortement améliorée au CHUV depuis 2005.

Il faut d'abord souligner que l'attention à l'hygiène des mains est une chose relativement récente au sein du monde hospitalier. Dans la vie quotidienne du personnel soignant, toutes professions confondues, ce souci émerge dans les années 1980. Il n'est devenu un standard qu'à la fin du 20^{ème} siècle. En Suisse, en particulier au CHUV, nous nous y sommes engagés très tôt. Voilà longtemps qu'il y a des distributeurs de solutions hydro-alcooliques devant chaque chambre. Mais les observations formelles ne se font que depuis 2005. Notre point de départ, pour cette année-là, se situe donc en moyenne à 50 % d'observance. En 2014, nous sommes à plus de 80 %.

”

Nous voudrions que le produit de désinfection soit encore plus facile d'accès.

Comment expliquer cette évolution ?

Au cours des dernières décennies, l'hôpital a produit des efforts continus pour changer le comportement du personnel soignant à cet égard dans la vie quotidienne des services cliniques. Avec le temps, l'hôpital compte de plus en plus de soignants qui ont appris l'hygiène des mains dès leurs débuts dans la profession. Aujourd'hui, elle est enseignée dans les formations de soins. En tant qu'institution académique, nous l'enseignons aussi aux étudiants en médecine, qui suivent des travaux pratiques. Les stagiaires qui viennent aujourd'hui au CHUV ont tous entendu parler de l'hygiène des mains, et l'ont un peu pratiquée. Lorsqu'ils arrivent dans un service, nous leur en reparlons; nous les prévenons aussi de ne pas forcément suivre les médecins cadres sur ce point-là. Il est en effet possible que les stagiaires fassent mieux qu'eux...

Quelles ont été les autres actions au sein de l'hôpital ?

Nous avons élaboré plusieurs outils pédagogiques. Nous avons créé des dépliants, qui expliquent les cinq indications de l'OMS, ainsi qu'un module elearning interactif qui montre des situations de soins standards et permet d'évaluer si ce qu'on observe est juste ou faux. Nous organisons des ateliers dans les services. Nous y avons aussi installé des affiches, afin de rappeler les indications de l'OMS. Nous menons également des actions de promotion plus globales, par exemple durant la Journée mondiale de l'hygiène des mains.

Pouvez-vous encore faire des améliorations ?

Nous pouvons encore faire des progrès pour rendre le produit de désinfection plus disponible pour les soignants. Actuellement, chaque chambre est pourvue d'un ou plusieurs distributeurs. On en trouve presque partout dans le CHUV. Mais on peut encore améliorer leur ergonomie. Si vous êtes dans une chambre de cinq personnes et que le distributeur se trouve près du lavabo, ce n'est pas pratique. Nous avons commencé à promouvoir un petit flacon personnel, que les collaboratrices et collaborateurs peuvent clipper à une poche de leur vêtement, mais ça ne fonctionne pas suffisamment bien. Nous avons même eu un problème lorsque les tenues ont changé, parce que les nouveaux vêtements avaient moins de poches... Nous aimerions maintenant trouver un moyen ergonomique et accepté de tous, pour installer le désinfectant près de chaque lit. De cette façon, lorsqu'un médecin ou du personnel soignant arrive auprès d'un patient, le produit sera naturellement sous ses yeux.

Infections du site opératoire

Les infections du site opératoire (endroit du corps où a lieu une intervention chirurgicale) figurent parmi les infections associées aux soins les plus fréquentes.

Une infection du site opératoire est considérée comme telle si elle survient dans les trente jours après l'intervention, ou durant l'année qui suit en cas de pose de prothèse (implant définitif tel que: valve cardiaque, prothèse articulaire, etc.). L'infection peut être superficielle ou affecter des zones plus profondes.



La survenue d'une infection dépend principalement du type d'opération.

La survenue d'une infection dépend principalement du type d'opération. Elle dépend aussi de l'état de santé du patient, de la technique opératoire, des mesures de prévention telles que l'asepsie, l'administration d'antibiotiques avant l'opération et la désinfection du site opératoire.

La méthode utilisée pour détecter et suivre les infections du site opératoire obéit aux règles édictées par l'organisme Swissnosowww.swissnoso.ch. Cette association suisse de médecins hospitaliers dédiée à la lutte contre les infections nosocomiales veille à sa bonne application par les hôpitaux. Swissnoso s'assure que le relevé des infections s'effectue avec rigueur, sans biais dans la sélection des patients.

Nous rapportons ici les résultats observés au CHUV de deux manières:

- × Les taux bruts d'infection. Ces résultats ne tiennent pas compte de la gravité de la situation des patients et de certains facteurs de risque.
- × Le ratio standardisé d'infections (SIR). Il s'agit du taux brut d'infections divisé par le taux des infections que l'on peut attendre, compte tenu de différents facteurs de risque comme l'état des patients. Un SIR inférieur à 1 signifie que l'hôpital a moins d'infections que les autres hôpitaux pour le même type d'intervention. Un SIR supérieur à 1 signifie que l'hôpital a plus d'infections que les autres hôpitaux pour le même type d'intervention. Cependant, lorsqu'une catégorie d'intervention touche peu de patients, une ou deux infections suffisent à faire augmenter le taux. Il faut donc prendre en compte une marge d'erreur; les résultats indiquent si le taux d'infections du CHUV est dans la norme ou significativement trop élevé par rapport aux autres hôpitaux suisses.

En 2014, Swissnoso a évalué avec quelle qualité le suivi des infections du site opératoire était effectué au CHUV; la note de 4 sur 4 a été attribuée. Ce résultat souligne la rigueur avec laquelle ces infections sont dépistées au CHUV.

Référent

Prof. Giorgio Zanetti
Chef du Service de médecine préventive hospitalière



INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE, RATIO STANDARDISÉ (SIR), ÉVOLUTION

Les taux d'infections du site opératoire qui sont hors normes font l'objet d'analyses approfondies et de mesures préventives avec les équipes chirurgicales, en particulier si elles montrent une tendance à la hausse. Le ratio standardisé d'infections (SIR) ne tient compte que partiellement des différents facteurs de risque. Ainsi, pour la chirurgie du côlon, le CHUV effectue davantage d'opérations en urgence que la moyenne des autres hôpitaux. Le risque d'infection étant plus élevé après des opérations réalisées dans ces conditions, ce facteur peut péjorer son résultat. Pour les appendicectomies, un taux d'infections plus élevé qu'auparavant peut s'expliquer par le fait que les appendicectomies les plus simples sont effectuées en ambulatoire et ne font de ce fait plus partie du programme de surveillance.

● Ratio standardisé (SIR) dans la norme
● Ratio standardisé (SIR) significativement plus élevé qu'attendu
Taux d'infections brut
Nombre d'interventions suivies

Laminectomie / hernie discale	2013 - 2014	1,9%	1,40	108
Hystérectomie	2013 - 2014	5,1%	1,20	117
Cure de hernie ≥ 16 ans	2013 - 2014	2,8%	1,53	249
	2013 - 2014	2,8%	1,78	253
Chirurgie du côlon	2013 - 2014	23,6%	1,50	259
	2012 - 2013	19,9%	1,26	221
	2009 - 2012	19,8%	1,16	212
Césarienne	2012 - 2013	2,1%	1,20	195
	2009 - 2012	0,4%	0,26	450
Appendicectomie ≥ 16 ans	2013 - 2014	6,8%	2,10	176
	2012 - 2013	5,0%	1,29	259
	2009 - 2012	8,1%	1,91	211
Prothèse totale du genou	2012 - 2013	1,0%	0,70	104
	2011 - 2012	0,0%	Aucune infection	66
	2009 - 2011	1,0%	0,75	96
Prothèse totale de hanche	2012 - 2013	2,2%	1,40	139
	2011 - 2012	2,9%	1,96	136
	2009 - 2011	0,0%	Aucune infection	128
Chirurgie cardiaque (tout type)	2012 - 2013	6,9%	1,30	159
	2011 - 2012	5,7%	1,16	159
	2009 - 2011	6,0%	1,30	150

0,00,51,01,52,0

En 2016, le CHUV continuera de dépister les infections du site opératoire avec rigueur. Des mesures préventives continueront à être mises en place avec les équipes chirurgicales.



Prévalence des escarres

Depuis 2011, sous l'égide de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ), une enquête annuelle de prévalence des escarres est organisée durant la même journée, dans toutes les institutions de Suisse affiliées à l'ANQ. Au CHUV, une centaine d'enquêteurs, des professionnels spécifiquement formés, examinent la peau de 800 patients en moyenne, afin d'identifier le nombre de personnes souffrant d'escarres, que celles-ci soient nosocomiales (acquises durant le séjour à l'hôpital) ou déjà présentes lors de l'admission du patient.



Tous les ans, une centaine d'enquêteurs examinent la peau d'environ 800 patients.

L'enquête précise également la gravité de l'escarre selon la classification suivante:

- × Catégorie 1 - Erythème cutané sur une peau intacte ne disparaissant pas à la levée de la pression.
- × Catégorie 2 - Perte partielle de substance au niveau du derme sous forme d'une phlyctène intacte ou non.
- Catégorie 3 - Perte complète de substance mais les os, muscles et tendons ne sont pas exposés.
- × Catégorie 4 - Perte complète de substance avec exposition des os, tendons ou muscles.

Le taux d'escarres du CHUV est comparé au taux suisse, tenant compte de tous les facteurs de risque (pathologies, durée de séjour, temps opératoire, immobilité, etc.). La comparaison permet de déterminer si le chiffre atteint est, à population comparable, dans la norme suisse, ou s'il est significativement trop élevé.

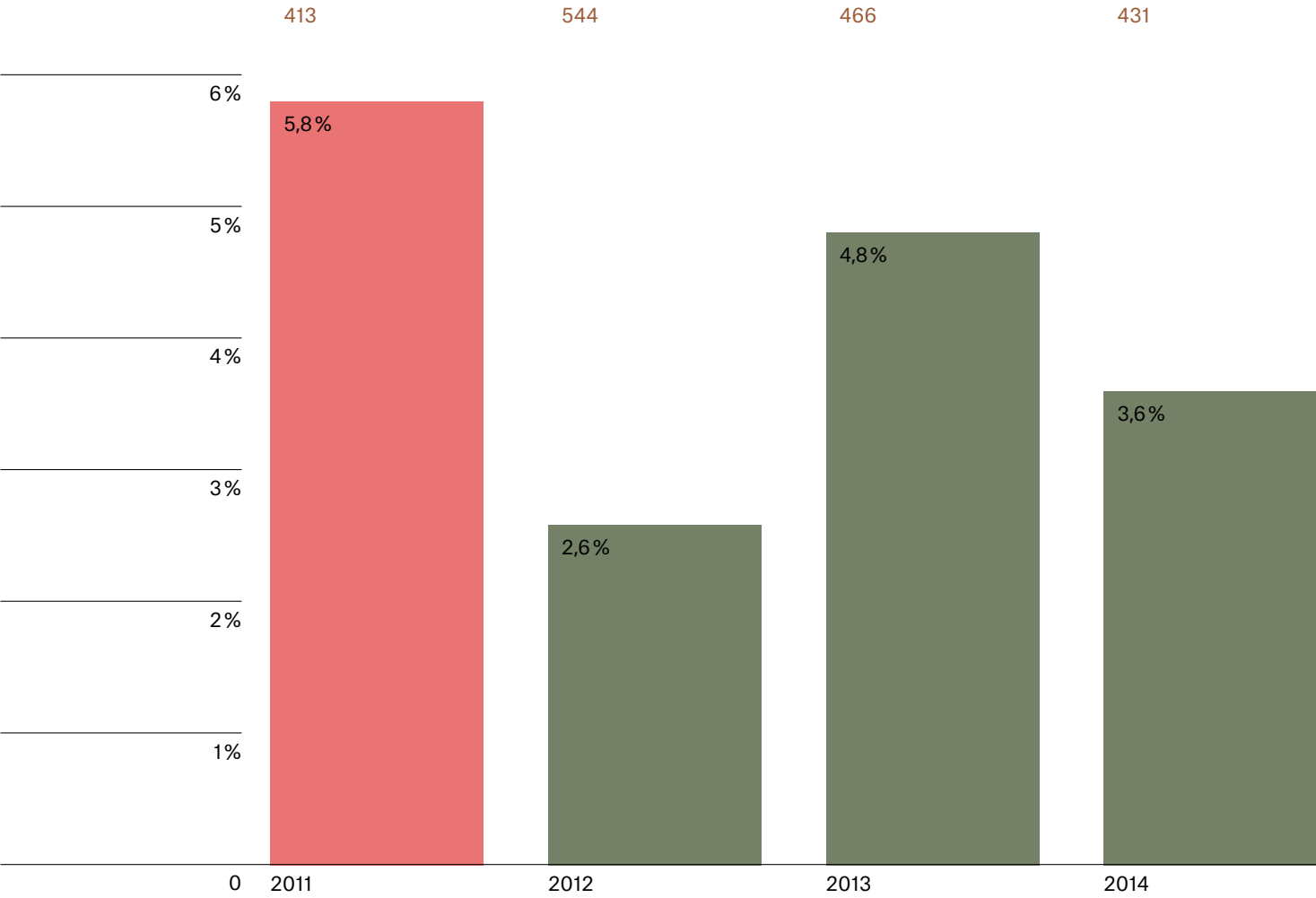


PRÉVALENCE D'ESCARRES NOSOCOMIALES DE CATÉGORIES 2 À 4

Après un taux d'escarres significativement élevé en 2011, les mesures qui ont été prises ont permis au CHUV de se placer dans la norme suisse.

- Taux du CHUV dans l'objectif
- Taux du CHUV significativement au-dessus de l'objectif

Nombre de patients observés



En 2016, la Direction du CHUV continuera de déployer la trousse des mesures minimales requises, conçue pour améliorer la prévention des escarres (cf. interview page suivante). Afin de compléter cet outil, l'hôpital développera également un travail commun avec la Fédération des hôpitaux vaudois en 2016 et 2017.

”

Une trousse d’outils cliniques et de management

Interview

Véronique Sechet
Infirmière clinicienne
spécialisée et adjointe
à la Direction des soins

Lucie Charbonneau
Infirmière spécialiste clinique
Responsable du programme
Objectif zéro escarre

Depuis 2008, un programme institutionnel de prévention des escarres nommé Objectif zéro escarre a été mis en œuvre au CHUV, renforcé en 2012 par la «Trousse des mesures minimales requises». Un programme fréquemment présenté comme modèle lors de congrès et autres manifestations sur le sujet.

Quelle est l’origine du programme institutionnel «Objectif zéro escarre»?

Les escarres sont des lésions de la peau provoquées par un phénomène de pression et de cisaillement, généralement sur les os. Les régions du corps les plus touchées sont le sacrum et les talons. En 2008, le CHUV prend conscience que ses patients souffrent beaucoup trop souvent d’escarres pendant leur séjour à l’hôpital; un projet est alors dédié à cette problématique. Un protocole de soins standardisé, ainsi qu’une évaluation systématique du risque chez l’ensemble des personnes hospitalisées, sont implémentés. En 2012, constatant une difficulté à mettre en œuvre les recommandations de bonne pratique, prenant également acte des résultats d’enquête de prévalence toujours insatisfaisants, le CHUV élabore un plan d’action sous forme d’une trousse de mesures ayant préalablement démontré leur efficacité dans des programmes internationaux.

Quels sont les axes de la Trousse minimale requise pour prévenir les escarres?

La Trousse des mesures minimales requises a été construite en tenant compte de l’expérience acquise par le CHUV, mais aussi grâce aux connaissances accumulées par les sciences médicales et infirmières, en Suisse et à l’étranger. Elle comprend cinq axes. Le premier consiste à «Clarifier les rôles professionnels». Afin de responsabiliser chaque collaboratrice et collaborateur à la prévention des escarres, un tableau de l’ensemble des responsabilités a été élaboré, de celles de la Direction des soins jusqu’à celle du patient et de son entourage.

Le deuxième axe, intitulé «Surveillance et prise en charge clinique», consiste à évaluer les risques d’escarres dans les 24 heures après l’entrée d’un patient: on examine son état cutané, sa situation clinique globale, la gestion de la continence, son état nutritionnel, les risques liés à son âge. Si la majorité des escarres survient chez des personnes âgées, tous les âges de la vie sont néanmoins concernés. Après cette évaluation, le personnel soignant planifie les premières mesures qui s’imposent et met en œuvre des actions préventives, notamment en déchargeant les zones d’appui du patient. Le patient et son entourage sont également encouragés à prévenir les escarres par le biais de messages transmis sous la forme

d’un flyer. Du matériel préventif, comme des matelas spéciaux, a également été acheté afin de favoriser les décharges des zones d’appuis à risque.

Le troisième axe, la «Formation», a pour objectif de former l’ensemble du personnel soignant à la pratique de soins préventifs d’escarres, notamment au moyen d’un dispositif de elearning lors de l’intégration des nouveaux collaborateurs et collaboratrices, ainsi que par des ateliers de formation continue. Le quatrième axe, intitulé «Professionnels relais», vise à identifier des personnes de référence dans chaque unité de soins, formés spécifiquement à la prévention des escarres. Le dernier axe se nomme «Communication des indicateurs de performance». Il comprend une enquête annuelle de prévalence et des audits ciblés dans les unités de soins.

”

La prévention est le meilleur traitement des escarres.

Qui s’occupe de l’implantation de la Trousse des mesures minimales requises au CHUV?

Le programme est chapeauté par une coordinatrice et trois infirmières spécialisées en plaie et cicatrisation et une infirmière clinicienne spécialisée. Au sein de chaque service du CHUV, la mise en œuvre se fait avec la collaboration des équipes d’encadrement, ainsi que des professionnels qui ont suivi des formations spécifiques. La prévention et la gestion des escarres font l’objet d’une responsabilité collective de tous les soignants, cadres de soins, ergothérapeutes, nutritionnistes, physiothérapeutes et médecins.

Mortalité hospitalière

Un décès qui survient lors d’un séjour d’un patient à l’hôpital constitue un événement important qui oblige une institution à identifier d’éventuels problèmes de qualité des soins.

Les indicateurs de mortalité actuellement utilisés permettent d’indiquer la mortalité spécifique à une maladie ou à un type d’intervention dont le taux de décès peut révéler un défaut de qualité des soins.

L’indicateur de mortalité hospitalière témoigne de la mortalité durant le séjour hospitalier. Il s’agit cependant d’une évaluation partielle. En effet, lorsqu’un patient meurt après sa sortie de l’hôpital, son décès n’est pas pris en compte dans la statistique de l’établissement qui a pris le patient en charge.



Plus l’âge d’un patient est avancé, plus le risque de décéder augmente.

Par ailleurs, cet indicateur est pondéré par un taux attendu de mortalité en fonction de l’âge et du sexe du patient. La prise en compte de ces deux paramètres est très importante : plus l’âge d’un patient est avancé, plus le risque de décéder augmente. Néanmoins, il serait encore plus pertinent de prendre en compte l’ensemble des maladies dont il souffre, par exemple un diabète, une insuffisance cardiaque, une maladie neurologique, etc. L’identification de toutes ses pathologies permettrait de mieux définir le degré de sévérité de la situation d’un patient. Tel qu’il est défini aujourd’hui, l’indicateur de mortalité hospitalière ne prend pas ces éléments en compte. Cette lacune constitue l’une des limites de cet indicateur.

L’indicateur national de mortalité hospitalière est fourni aux hôpitaux par l’Office fédéral de la santé publique (OFSP) dans un délai d’au moins deux ans. Pour analyser des informations plus récentes, le CHUV s’appuie depuis 2015 sur les indicateurs calculés dans le cadre de l’Initiative pour la qualité en médecine (IQM). Cette association allemande pour la promotion de la qualité en médecine est également à l’origine d’une démarche d’analyse des décès par une équipe médico-soignante issue d’autres hôpitaux (cf. focus).

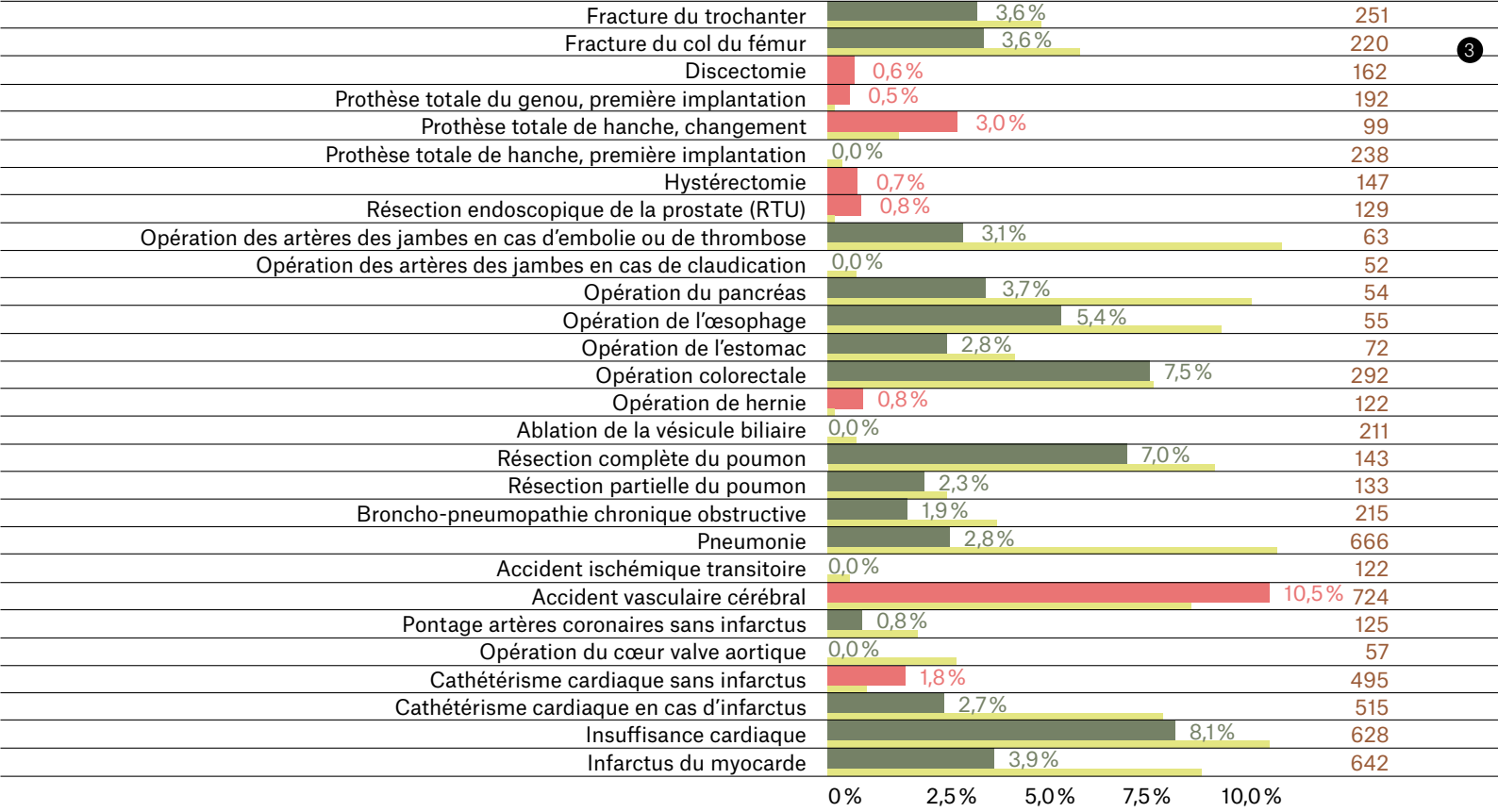
Le CHUV s’appuie sur les indicateurs de mortalité hospitalière pour mettre en place des mesures d’amélioration. Par exemple, dans le domaine des accidents vasculaires cérébraux, des mesures ont été prises pour assurer l’orientation précoce des patients vers le CHUV selon l’intensité de leurs symptômes (cf. pages 68-69).



TAUX DE MORTALITÉ, CHUV 2014, SÉLECTION DES DIAGNOSTICS / INTERVENTIONS AVEC PLUS DE 50 CAS

Lorsque le taux de mortalité hospitalière observé au CHUV est au dessus de la valeur attendue, les équipes cliniques analysent les causes de ce résultat. Pour un certain nombre de situations, le taux élevé s’explique avant tout par la gravité de l’état des patients. En tant qu’hôpital de référence, le CHUV a la responsabilité de prendre en charge les patients les plus sévèrement atteints. L’indicateur de mortalité ne prend cependant pas ce facteur en compte.

- Taux du CHUV dans la norme
- Taux du CHUV au dessus de la norme
- Norme
- Nombre de cas



Dès 2016, la Direction du CHUV introduira dans son tableau de bord l’indicateur de mortalité hospitalière fourni par l’IQM. Des analyses seront régulièrement réalisées. Elles seront également complétées tous les deux ans par une étude de cas effectuée dans le cadre d’une démarche de revue par les pairs (cf. page suivante).

Réduire la mortalité par l'échange entre pairs

En 2015, le Service de chirurgie viscérale du CHUV s’est soumis à une démarche de «peer review». Quinze dossiers de patients décédés ont été examinés.

En 2015, le CHUV s’est affilié à l’Initiative pour la qualité en médecine (IQM). Cette affiliation permet d’échanger des données de mortalité avec d’autres institutions et cliniques affiliées, et de voir si ses taux sont dans une fourchette acceptable. Le statut de membre implique aussi de participer à des démarches de «peer review» - ou revue par des pairs.



Les équipes médicales doivent mieux coordonner les informations.

Analyser les cas de décès à l'hôpital

En Allemagne, où la démarche a été fondée, la procédure de «peer review» consiste à faire examiner les dossiers de patients décédés par des médecins issus d'autres institutions membres de l'IQM. En Suisse, comme le travail d'équipe est au cœur de la qualité des soins, il a été décidé d'associer les infirmières et les infirmiers à cette revue de dossiers.

En novembre 2015, le Service de chirurgie viscérale, dirigé par le Prof. Nicolas Demartines, s’est soumis à la première revue par des pairs tenue au sein du CHUV. Dans un premier temps, treize professionnels issus de trois services de l’hôpital (Service de chirurgie viscérale, Service de médecine intensive adulte et Service d’anesthésiologie) ont examiné quinze dossiers. Ensemble, ils ont discuté des étapes de prise en charge, de la manière dont les décisions cliniques avaient été prises, des traitements réalisés. Ensuite, une équipe de cinq médecins, infirmières et infirmiers d’hôpitaux allemands et suisse alémaniques est venue à Lausanne afin d’analyser les mêmes situations et en discuter avec l’équipe clinique du CHUV.

Plus de discussions et de coordination

Le déroulement de la revue a permis de mettre en évidence plusieurs pistes d’amélioration. L’une d’elles consiste à mieux définir le but d’une hospitalisation, et à mieux mettre à jour les traitements administrés à un patient en fonction de son évolution clinique. Une autre piste met l’accent sur les discussions entre médecins et personnel infirmier, qui doivent être renforcées. Par ailleurs, les équipes médicales doivent également mieux coordonner les informations délivrées aux proches du patient. L’examen des dossiers a montré que les informations qui leur étaient données étaient souvent très bien documentées, mais manquaient de coordination.

Référente

Anne-Claude Griesser
Directrice médicale adjointe

	LIBELLÉS EXACTS DES PATHOLOGIES / INTERVENTIONS APPARAISSANT DANS LE GRAPHIQUE	
	LIBELLÉ GRAPHIQUE	LIBELLÉ ORIGINAL
	Fracture du trochanter	Fracture du trochanter (âge >19)
	Fracture du col du fémur	Fracture du col du fémur (âge>19)
	Discectomie	Discectomie (sans accident, tumeur, OP complexe de la colonne vertébrale)
	Prothèse totale du genou, première implantation	Première implantation d'EPT de genou
	Prothèse totale de hanche, changement	Changement d'EPT de hanche et changement de composants
	Prothèse totale de hanche première implantation	Première implantation d'EPT de hanche (pas en cas de fracture)
	Hystérectomie	Hystérectomie pour affections bénignes (âge >14)
	Résection endoscopique de la prostate (RTU)	RTU de prostate
	Opération des artères des jambes en cas d'embolie ou de thrombose	OP des artères du bassin/des jambes en cas d'embolie/de thrombose des artères
	Opération des artères des jambes en cas de claudication	OP des artères du bassin/des jambes en cas de claudication
	Opération du pancréas	Total des résections du pancréas (sans transplantation, âge >19)
	Opération de l'œsophage	Interventions complexes de l'œsophage
	Opération de l'estomac	DP ulcère de l'estomac, du duodénum ou du jéjunum, sans tumeur
	Opération colorectale	Total des résections colorectales
	Opération de hernie	Herniotomie sans OP de l'intestin
	Ablation de la vésicule biliaire	Cholécystectomie en cas de calculs biliaires et cholécystite, sans tumeur
	Résection complète du poumon	Pneumonectomie en cas de carcinome bronchique, pourcentage
	Résection partielle du poumon	Résections pulmonaires partielles en cas de carcinome bronchique
	Broncho-pneumopathie chronique obstructive	BPCO sans tumeur (âge >19)
	Pneumonie	DP de pneumonie
	Accident ischémique transitoire	AIT
	Accident vasculaire cérébral	DP d'accident vasculaire cérébral, toutes les formes (âge >19)
	Pontage artères coronaires avec infarctus	OP des vaisseaux coronaires uniquement, sans DP infarctus du myocarde (âge >19)
	Opération du cœur valve aortique	Remplacement isolé de valve aortique à cœur ouvert sans autre OP du cœur
	Cathétérisme cardiaque sans infarctus	Cathétérisme diagnostique des vaisseaux coronaires sans DP infarctus du myocarde sans OP du cœur (âge >19)
	Cathétérisme cardiaque en cas d'infarctus	Cathétérisme des vaisseaux coronaires en cas de DP (diagnostic principal) infarctus du myocarde sans OP du cœur (âge >19)
	Insuffisance cardiaque	DP insuffisance cardiaque (âge >19)
	Infarctus du myocarde	DP infarctus du myocarde (âge >19)

DP: diagnostic principal
OP: opération principale

Signaler les incidents, une mesure de prévention

La première étape pour gérer les incidents est d’en avoir connaissance. Il est donc essentiel de promouvoir une culture de la déclaration d’incidents. Depuis 2012, le CHUV met en place des outils à cet effet.

Qu’est-ce que le RECI?

En premier lieu, le RECI (Recueil des événements critiques et indésirables) s’appuie sur une politique institutionnelle qui consiste à admettre que des incidents peuvent se produire au sein d’un hôpital et qu’il faut les signaler afin d’éviter qu’ils ne se reproduisent. Ensuite, d’un point de vue pratique, le système RECI est un outil informatique de récolte et de gestion de ces incidents. Ces derniers comprennent aussi bien les vols et pertes de matériel ou erreurs de facturation, que les chutes de patients au sein de l’hôpital et les problèmes de dosages médicamenteux, jusqu’aux incidents qui parfois surviennent lors des soins. Dans son acception la plus large, le RECI comprend également les quasi-incidents, soit des problèmes évités de justesse et dont le signalement peut être utile à leur prévention.

Comment le RECI est-il organisé au CHUV?

Toute personne qui travaille dans un département du CHUV peut signaler un incident, qu’elle soit impliquée ou non. Le signalement s’effectue à l’aide d’un formulaire. Le document est transmis à la personne responsable de la coordination RECI au sein du département concerné. L’incident est ensuite analysé par une équipe de spécialistes RECI, afin d’en comprendre toutes les causes et de mettre en place des mesures qui éviteront que l’événement ne se reproduise. Un incident pouvant être lié à plusieurs professions ou départements, les groupes d’analyse RECI sont constitués de manière à représenter plusieurs domaines de compétences.

Quelles sont les conditions de réussite d’un tel outil?

Partager un incident dont on est soi-même l’auteur n’est pas facile, pas plus que de signaler un problème dont on a été témoin. La pratique du RECI exige qu’une personne qui signale un incident soit certaine de ne pas subir de conséquences négatives. Sauf en cas de faute grave, le RECI implique un principe de non-punition. Au CHUV, l’auteur d’un incident de même que la personne qui l’a signalé sont assurés du soutien de l’institution dans leur démarche. Ce principe est indispensable au développement d’une culture du signalement; il se fonde sur la conviction qu’un incident n’est pas seulement le résultat d’une responsabilité individuelle, mais d’un environnement collectif dont il faut mettre à jour les mécanismes par une analyse systémique. Pour cette raison, le signalement d’un incident peut aussi être anonyme.

Par ailleurs, les personnes qui signalent un incident doivent avoir la garantie de recevoir un retour d’information sur les mesures prises pour améliorer la situation et prévenir de nouveaux incidents. L’absence de retour constitue un frein à la dynamique du RECI.



Toute personne qui travaille dans un département du CHUV peut signaler un incident.

Comment le RECI s’est-il déployé au CHUV?

Après une phase de formations et d’essai de 2012 à 2013, le CHUV a déployé le RECI dans l’ensemble des services cliniques jusqu’à la fin de l’année 2014. En 2015, la démarche a été étendue à plusieurs services non cliniques, tels que la Direction des ressources humaines, le Département de la formation et recherche, la Logistique hospitalière et la Direction générale. Pendant ces quatre années, 300 collaboratrices et collaborateurs de l’hôpital, destinés à devenir coordinateurs et membres de communautés RECI, ont reçu une formation intensive pendant plusieurs jours. Chargés d’analyser les incidents et de proposer des mesures afin de les éviter, ces groupes partagent aussi régulièrement leurs bonnes pratiques. Par ailleurs, un site intranet spécifique est à la disposition de toutes les collaboratrices et collaborateurs du CHUV.

Quelles sont les données du RECI pour l’année 2015?

Depuis le déploiement de RECI, le nombre de signalements des incidents a fortement augmenté. Cette tendance a continué en 2015. Une analyse par profession montre cependant que 80% des signalements sont effectués par le personnel infirmier. Ceci s’explique en partie par le fait que cette profession est la plus directement exposée à divers incidents tels que les chutes, les erreurs de dosage médicamenteux, les problèmes de nutrition ou de comportements des patients. Il faut noter par ailleurs que cette situation est similaire dans d’autres institutions, lorsqu’un système de type RECI vient d’être déployé.

Quelles autres démarches sont associées à la gestion des événements indésirables au CHUV?

La gestion des incidents étant essentiellement réactive, la politique RECI englobe également des démarches plus prospectives, qui visent à prévenir les incidents avant qu’ils ne se produisent. Parmi ces mesures figure la démarche Quick-Alert. La Fondation sécurité des patients Suisse émet régulièrement des recommandations et des mises en gardes qui concernent des problèmes critiques précis. Elaborées par des experts, ces recommandations sont mises à la disposition des professionnels de la santé en Suisse sur le site www.patientensicherheit.ch. Lorsqu’une recommandation Quick-Alert est émise, le CHUV effectue une enquête de terrain pour s’assurer que les pratiques de l’hôpital sont conformes aux recommandations. Si ce n’est pas le cas, des mesures sont proposées. En 2015, le CHUV a décidé une dizaine d’actions suite à des recommandations Quick-Alert.

” La politique RECI englobe des démarches prospectives comme Quick-Alert.

En outre, des analyses de risques sont mises en œuvre lorsque des situations potentiellement à risque d’incidents sont constatées dans la prise en charge des patients. Ces analyses sont réalisées en étroite collaboration avec les professionnels du terrain et avec l’appui de la Direction.

Quels sont les objectifs dans le domaine de la gestion des événements indésirables pour les années à venir?

Le développement de la politique RECI fait l’objet d’un plan d’actions pour les années 2016-2017. Ce plan vise à continuer de promouvoir la culture de l’annonce RECI au sein de l’hôpital, notamment auprès des médecins cadres et médecins assistants, qui ne représentent en 2015 que 3 % des signalements, mais aussi auprès des collaboratrices et collaborateurs pour qui la participation au RECI n’est pas encore un réflexe. Dès 2016, un concept de formation condensée sera mis en œuvre. Il permettra notamment de former les nouveaux membres du personnel. Implémenter une culture du signalement dans une institution telle que le CHUV est un travail de longue haleine, qui nécessite une attention constante aussi bien de la part de la Direction que des responsables de département.

Une des actions prévues consiste en la mise en place d’une démarche d’*empowerment* du patient intitulée *speak-up*. Cette démarche vise à développer sa participation à sa prise en charge. Encouragé à s’exprimer afin de devenir un véritable partenaire de soins, il sera également encouragé à signaler les incidents dont il aura été la victime ou le témoin.

Référents

Mirela Caci
Directrice médicale adjointe

Patrick Genoud
Directeur adjoint des soins

Nahid Yeganeh-Rad
Coordinatrice qualité sécurité

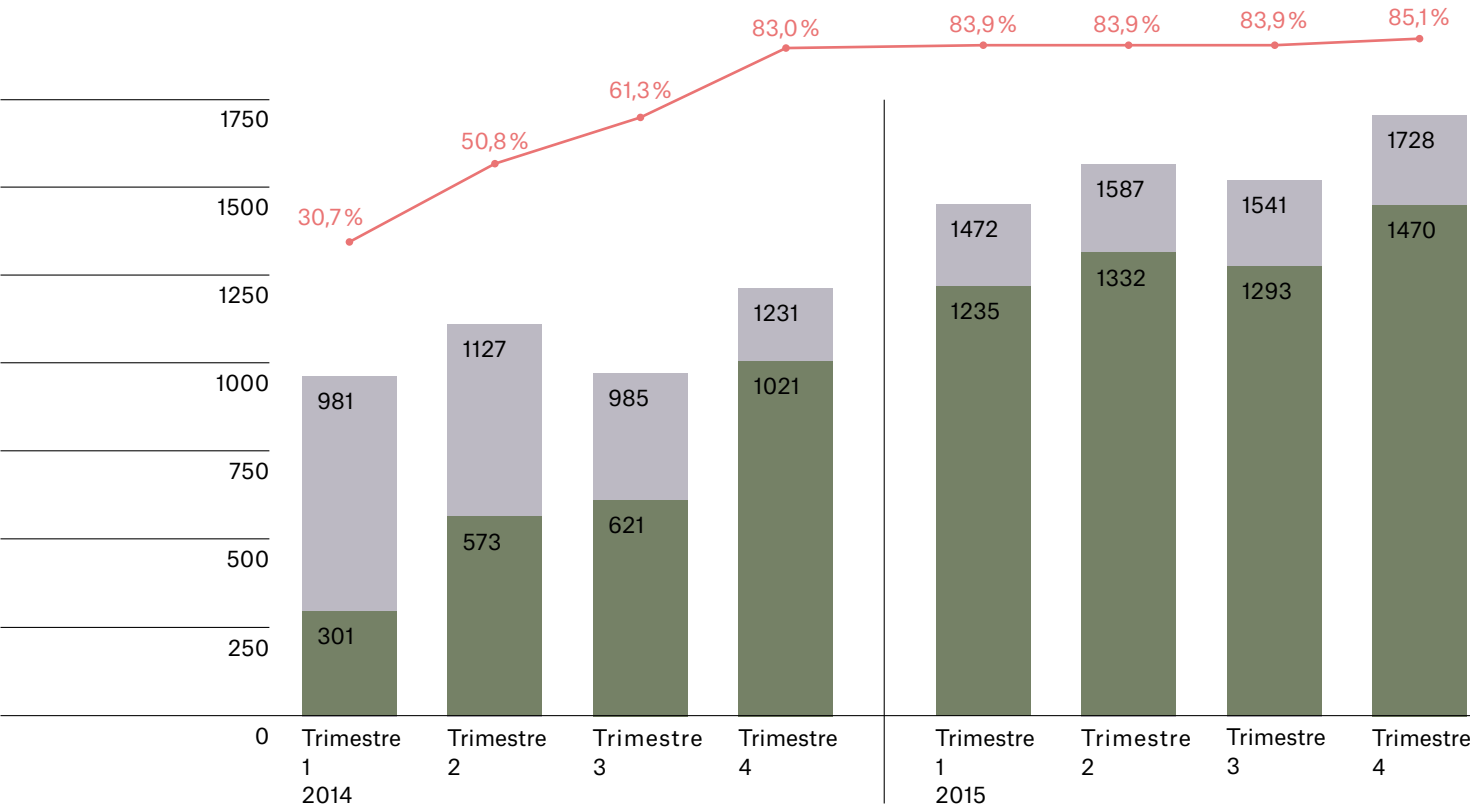
Alessandro Foletti
Responsable du déploiement RECI

RECI - RECUEIL DES ÉVÉNEMENTS CRITIQUES ET INDÉSIRABLES

Depuis la fin de l’année 2014, le RECI est déployé dans tous les services cliniques. Cependant, ramené à la proportion de collaboratrices et collaborateurs ayant accès au système RECI, le nombre de signalements continue à augmenter en 2015. Cette évolution dénote non seulement que plus de personnes signalent, mais qu’individuellement, elles signalent également davantage. Cette tendance traduit une intégration toujours plus importante de la culture du signalement.

- Nombre de signalements
- Nombre de signalements rapporté au taux de déploiement

Proportion de collaborateurs pouvant signaler



En 2016, une enquête sera réalisée auprès des collaboratrices et collaborateurs du CHUV afin d’évaluer l’évolution de la culture de la sécurité et de la gestion des risques. Ses résultats seront comparés à ceux qui avaient été obtenus en 2011, avant le déploiement du RECI.

L’année 2016 verra la suite du déploiement du RECI au CHUV, avec son extension au sein du Département universitaire de médecine et de santé communautaire. Sa mise en place à la Direction administrative et financière aura lieu en 2017.



④ Le CHUV a pour priorité de délivrer des soins fondés sur les meilleures évidences scientifiques et qui correspondent aux standards internationaux. Afin d'éviter toute perte de temps, les équipes médicales veillent à enchaîner au mieux les étapes nécessaires à l'établissement d'un diagnostic et à la mise en œuvre des traitements. En tant qu'hôpital régional de première importance, le CHUV développe également des partenariats avec des hôpitaux et des cliniques romandes, dont la collaboration permet d'assurer les meilleurs soins aux patients.

Efficacité et efficience des soins

4

Délai de prise en charge aux urgences

Le premier défi d'un service d'urgences est de déterminer correctement les priorités de prise en charge des patientes et patients à leur arrivée (urgence vitale immédiate, urgence vitale potentielle, sans urgence vitale). Le deuxième défi consiste à gérer un flux de patients extrêmement variable et conséquent, puisque le Service des urgences du CHUV a accueilli environ 62'000 personnes en 2015, 5000 de plus qu'en 2012 (+8%).

Selon l'Echelle suisse de tri des urgences (EST) appliquée en Suisse romande, les degrés de priorité sont les suivants:

- Degré 1

Urgence vitale, prise en charge médicale immédiate;
- Degré 2

Urgence vitale potentielle, prise en charge médicale dans les vingt minutes après l'arrivée du patient;
- Degré 3

Urgence modérée, prise en charge dans les deux heures;
- Degré 4

Pas d'urgence, délai de prise en charge dès que possible (mais en moins de cinq heures).

De 2012 à 2015, le nombre de patients pour lesquels une hospitalisation au CHUV a été nécessaire après leur passage aux urgences est passé de 15'000 à près de 16'000. Il arrive régulièrement que le CHUV manque de places disponibles dans les services d'hospitalisations pour les accueillir. Cela a pour conséquence une présence plus longue des patients dans les box d'examen des urgences et dès lors une augmentation des délais d'attente, en particulier pour les patients en urgence vitale potentielle (degré 2).

En 2015, les Urgences du CHUV ont accueilli environ 62'000 personnes.

En ce qui concerne les patients sans urgence vitale (degrés 3 et 4), malgré une augmentation du nombre de prises en charge entre 2013 et 2015 (6%), 80 % des patients sont installés dans les 82 minutes.

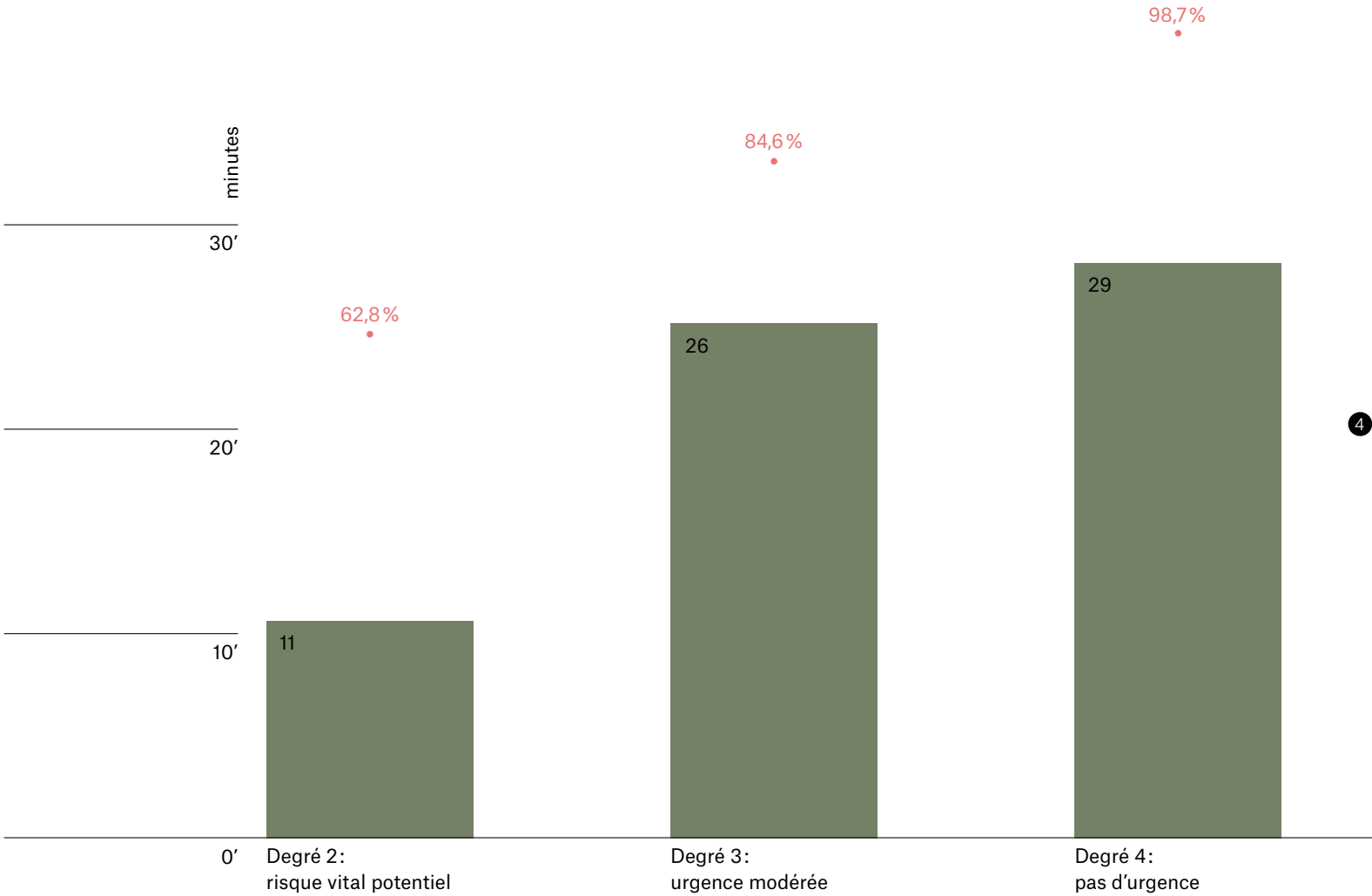


PROPORTION DE PATIENTS INSTALLÉS EN 2015, ET TEMPS D'ATTENTE

Tous les patients avec une urgence vitale immédiate (degré 1) sont pris en charge sans aucun délai. Près de 63 % des patients avec une urgence vitale potentielle (degré 2) sont pris en charge dans les délais. Le temps d'attente médian pour chaque degré est bon, s'élevant à onze minutes pour les patients de degré 2, et moins de trente minutes pour les patients de degrés 3 et 4.

Temps d'attente (médian) en minutes

Proportion de patients installés dans les délais



En 2016, le CHUV engagera plusieurs actions pour améliorer la circulation des patients aux urgences. Il s'agit notamment de transférer plus rapidement les patients vers une unité de médecine dédiée. Il faut également que l'hôpital collabore plus étroitement avec d'autres hôpitaux et cliniques, afin d'y déplacer plus facilement des patients en période d'engorgement (cf. pages 72 et suivantes).

”

L’organisation des urgences: un véritable enjeu

La fréquentation des urgences augmente partout dans les pays occidentaux, avec pour conséquence des temps d’attente très variables pour les patients. Le Service des urgences du CHUV n’échappe pas à cette tendance.

Interview

Prof. Bertrand Yersin
Chef du Service des urgences

Selon quelle procédure les patients sont-ils accueillis aux urgences du CHUV?

Lorsqu’un patient arrive au desk d’accueil des urgences, une infirmière ou un infirmier de tri détermine le degré de priorité de son problème. La durée dévolue à ce tri infirmier est de cinq minutes. Les patients en urgence vitale sont pris en charge immédiatement.

Les patients en urgence vitale potentielle sont pris en charge à 63 % seulement dans le délai prescrit de vingt minutes. Comment expliquer ce résultat?

Ce résultat, qui peut sembler peu satisfaisant, s’explique par deux facteurs. Il se peut qu’un patient attende 45 minutes en salle d’attente avant qu’un box d’accueil ne se libère. Cependant, cela ne veut pas dire que ce patient reste « en attente » : en cas de nécessité (patients de degré 2), la prise en charge médicale et infirmière commence déjà dans la salle d’attente, avant que le patient ne soit effectivement installé dans un box. Ainsi, le délai de 45 minutes, qui est calculé lorsque le patient est effectivement installé, ne mesure pas le délai réel du début de sa prise en charge. D’autre part, une grande proportion de ces patients devant être hospitalisée, les délais sont fortement influencés par le taux d’occupation des étages d’hospitalisation et donc par la capacité de les transférer des urgences vers ces lits d’hospitalisation. Enfin, le taux de recours au Service des urgences va aussi avoir un impact sur la file d’attente. Nous avons pu mesurer par exemple que, lors d’une épidémie de grippe, le délai d’attente augmente de 30 %. Lorsque beaucoup de patients sont accueillis sur un court laps de temps, les box d’accueil du service peuvent être saturés. Leur prise en charge se fait donc dès la salle d’attente.

Comment s’organise l’attente des patients qui arrivent en ambulance?

Le Service des urgences dispose de deux salles d’attente: l’une pour les patients dits « couchés », qui arrivent en ambulance et qui présentent souvent un degré de priorité 1 ou 2; l’autre pour les patients dits « debouts », qui arrivent à pied. La première salle est déjà un véritable lieu de prise en charge. Des infirmières et infirmiers peuvent effectuer une prise de sang, installer une perfusion, poser un masque à oxygène ou conduire le patient vers une radiographie. Une équipe infirmière et médicale y effectue une première phase de prise en charge.

”

La prise en charge médicale et infirmière commence déjà dans la salle d’attente.

Comment améliorer le flux des patients?

Des solutions doivent être trouvées pour transférer plus rapidement les patients qui nécessitent une hospitalisation. Plusieurs projets sont en cours, comme le transfert rapide vers une unité de médecine dédiée, permettant de compléter le bilan diagnostique et poursuivre les premiers traitements introduits aux urgences. Par ailleurs, le CHUV collabore avec d’autres hôpitaux et cliniques privées (cf. page 72). La Direction générale du CHUV a aussi mis en œuvre une politique de construction de nouvelles infrastructures. Dans les prochaines années, l’hôpital va augmenter le nombre de ses lits de façon importante, ce qui devrait permettre de compenser la réduction de la capacité d’accueil des urgences. La situation devrait s’améliorer progressivement.

Délais de prise en charge en cas d'infarctus du myocarde

Lorsqu'un infarctus du myocarde survient, suite à l'occlusion d'une artère coronaire, il est impératif d'intervenir très rapidement pour désobstruer l'artère bouchée. Au bout de trente minutes, le muscle cardiaque commence à se nécroser de façon irréversible.



L'objectif consiste à réduire le temps entre l'infarctus et le traitement.

L'objectif de la filière STEMI consiste d'abord à réduire le temps entre l'infarctus et le traitement. Grâce à cette procédure, les séquelles diminuent, de même que les risques de décès. Nos analyses montrent que, depuis 2013, le taux de mortalité a baissé. En 2014, il se situe en dessous de la moyenne suisse.

Il reste cependant un point sur lequel ce dispositif n'a aucun impact: le temps entre l'infarctus et l'appel au 144; souvent, cet appel n'a même pas lieu! La filière ne permet pas de diminuer ce délai, qui tend au contraire à augmenter. Pour le réduire, il est nécessaire de lancer une campagne publique d'information. Le public doit apprendre à ne pas minimiser les douleurs thoraciques. Il doit également avoir le réflexe d'appeler immédiatement le 144, et non un médecin traitant ou un centre d'urgence local.

En janvier 2013, après avoir constaté que des patients arrivaient trop tard dans la salle prévue pour administrer le traitement adéquat, le CHUV a mis en place la filière STEMI¹. Issue de l'anglais, cette abréviation décrit l'anomalie que révèle un électrocardiogramme lors d'un probable infarctus du myocarde. La filière STEMI organise les actions à suivre lorsqu'on suspecte un tel événement. Après l'appel au 144, elle veille à ce qu'un médecin du Service mobile d'urgences et de réanimation (SMUR) pose un diagnostic, puis organise le transfert du patient directement au CHUV et simplifie la procédure d'admission à l'hôpital. Le malade va directement dans l'Unité de cardiologie interventionnelle qui va le prendre en charge, sans passer par les urgences. Dans le canton de Vaud, le CHUV est le seul centre qui réalise des cathétérismes cardiaques 24 heures sur 24, tous les jours de l'année.

Référent

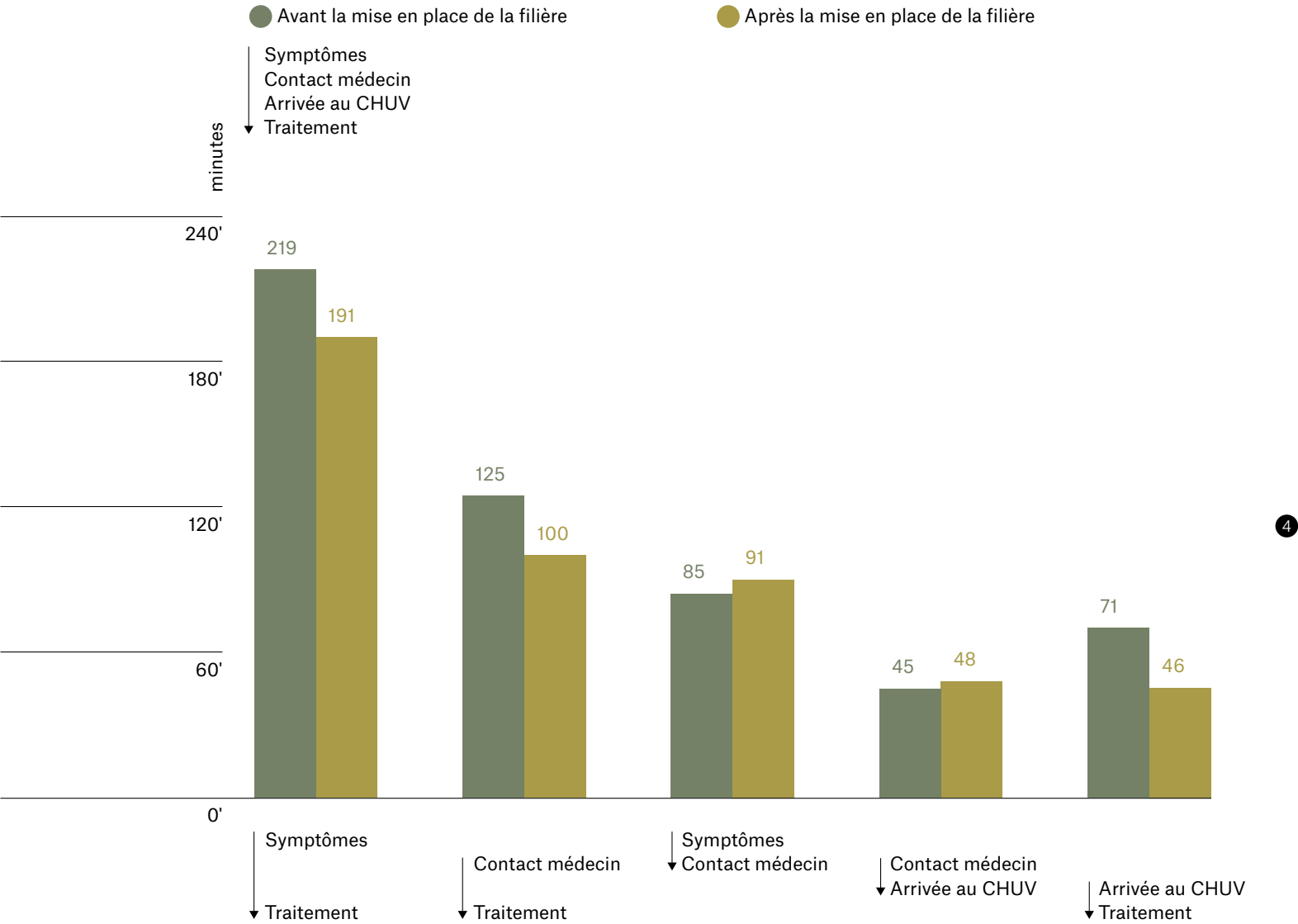
Prof. Pierre Vogt
Chef du Service de cardiologie

¹ST Elevation Myocardial Infarction



DÉLAIS MÉDIANS (EN MINUTES) ENTRE LES DIVERSES ÉTAPES EN CAS D'INFARCTUS DU MYOCARDE

Depuis la mise en place de la filière STEMI, les délais entre l'apparition des symptômes et l'administration du traitement ont diminué de 13 %, et le temps entre l'arrivée au CHUV et le traitement a diminué de 35 %. Ce résultat est très satisfaisant.



En 2016, le CHUV lancera une étude afin de comprendre pourquoi les personnes qui présentent les symptômes d'un infarctus du myocarde n'appellent pas le 144. Les résultats de cette analyse permettront de mettre sur pied une campagne d'information auprès de la population.

Délais de prise en charge en cas d'accident vasculaire cérébral

Tout comme l'infarctus du myocarde, l'accident vasculaire cérébral (AVC) est une urgence médicale absolue. Lorsque les traitements efficaces ne sont pas appliqués, des millions de neurones et synapses meurent chaque minute.

Le premier traitement de référence est la thrombolyse intraveineuse, qui permet la désagrégation des caillots obstruant les vaisseaux sanguins. Cette intervention doit être effectuée dans les quatre heures et demie suivant l'AVC dans une unité spécialisée, appelée Unité cérébrovasculaire. Il existe une unité de ce type au CHUV; ailleurs, les plus proches se trouvent à Genève, Nyon, Sion, Neuchâtel ou Berne.

Pour environ la moitié des patients, le deuxième traitement qui s'ajoutera à la thrombolyse est le traitement endovasculaire: de petits cathéters sont introduits dans les artères du cerveau pour les déboucher des caillots qui s'y trouvent. Cette intervention se pratique dans les Centres cérébrovasculaires hautement spécialisés, tels que celui du CHUV, seul du genre dans le canton de Vaud.

Les recommandations pour la prise en charge de ces patients comportent des protocoles d'acheminement standardisés qui renforcent le triage en périphérie, et garantissent les voies de transports les plus rapides vers l'Unité cérébrovasculaire disponible la plus proche.



Le CHUV s'est fixé un objectif de moins de 30 minutes entre l'arrivée à l'hôpital et la thrombolyse.

En 2010, le CHUV a officialisé la filière AVC. Ce protocole précise les indications et gestes à effectuer lors de la prise en charge d'un patient chez lequel on suspecte un accident vasculaire cérébral. Ses buts consistent à raccourcir les délais d'acheminement au Centre de thrombolyse et de traitement endovasculaire, préparer le Centre cérébrovasculaire qui va accueillir le patient, et commencer la collecte des informations durant la phase préhospitalière, en vue de la prise en charge. Afin de remplir les standards de bonne pratique, le CHUV s'est fixé un objectif de moins de trente minutes entre l'arrivée à la porte de l'hôpital et la thrombolyse.

Référent

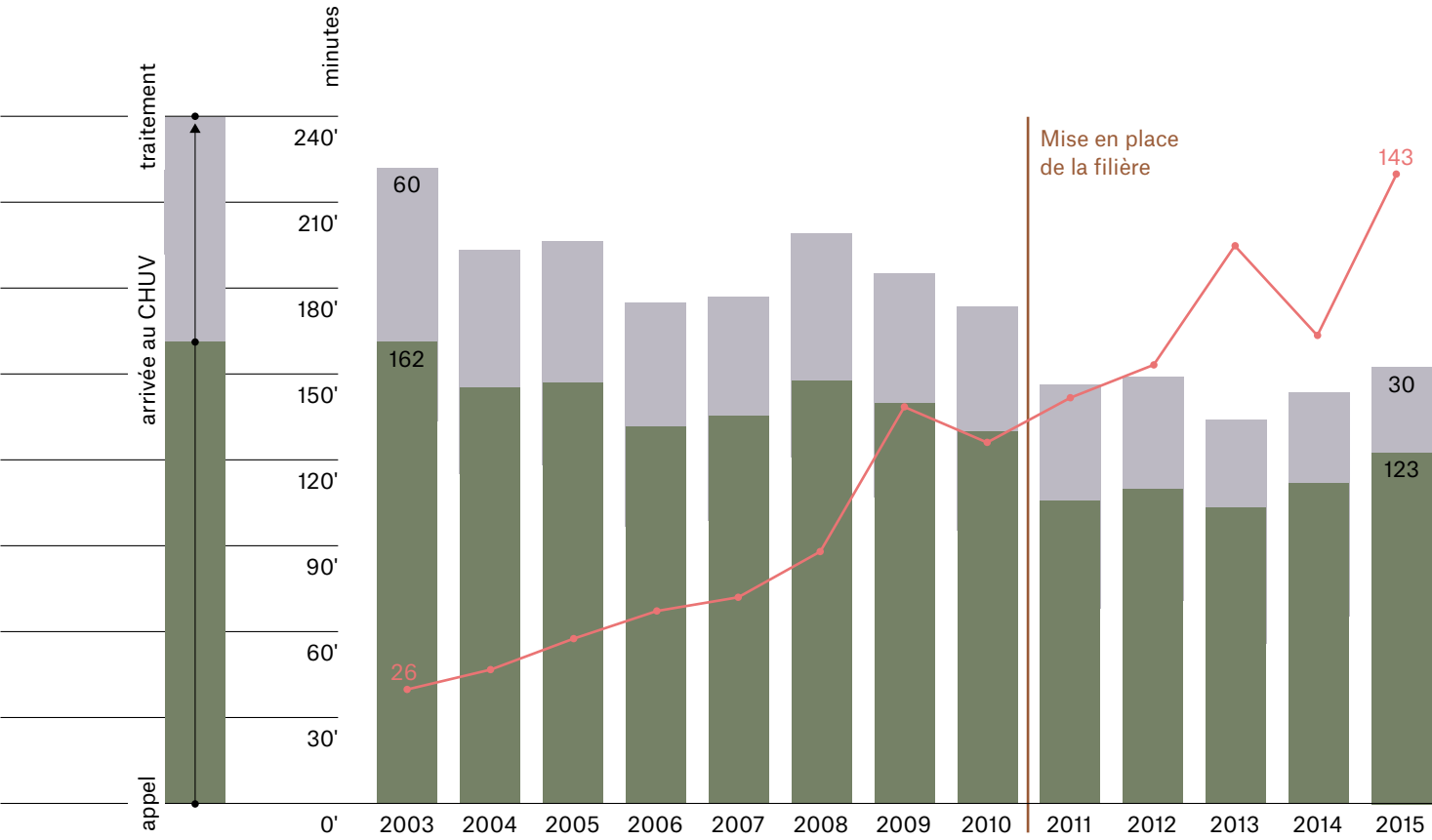
Patrik Michel
Médecin-chef
Centre cérébrovasculaire
Service de neurologie



DÉLAIS DE TRAITEMENT DES PATIENTS AVEC ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

Le graphique reporte les délais de traitement (en médiane) pour les patients ayant bénéficié d'une thrombolyse intraveineuse dans les délais internationalement recommandés (moins de quatre heures et demie), avec ou sans traitement endovasculaire surajouté. Les chiffres montrent que le temps entre l'appel au 144 et l'arrivée à la porte du CHUV est passé de 162 minutes en 2003, à 123 minutes en 2015. Une petite péjoration de ces délais entre 2013 et 2014 est partiellement due à la mise en place des traitements endovasculaires. Du fait que ces soins, dans le canton de Vaud, ne sont dispensés qu'au CHUV, des patients viennent désormais de plus loin pour en bénéficier. Cependant, le délai entre la porte du CHUV et le traitement a diminué de moitié entre 2003 et 2015, pour atteindre l'objectif de trente minutes. En parallèle, la grande augmentation de l'activité a été observée puisqu'en 2015, 5,5 fois plus de patients qu'en 2003 ont bénéficié d'une thrombolyse.

- Délai en minutes entre l'appel et l'arrivée au CHUV
- Délai en minutes entre l'arrivée au CHUV et le traitement
- Nombre de traitements effectués



2016 verra se raccourcir encore le temps de transfert vers le CHUV des patients qui ont besoin d'un traitement endovasculaire. Les mesures consistent à simplifier les procédures administratives et à accélérer l'acheminement des patients depuis l'héliport au Centre de thrombolyse et de traitement endovasculaire.

Délais pour la chirurgie éle ctive de la main

Parmi les facteurs de qualité de la prise en charge au sein d'un hôpital, le délai dans lequel se réalisent les interventions non urgentes (ou «  lectives») est important. Devoir attendre plusieurs mois peut affecter la qualité de vie du patient. Le résultat de l'intervention peut aussi en souffrir.



Devoir attendre plusieurs mois peut affecter la qualité de vie du patient.

A titre d'exemple, le Centre de la main du CHUV a mis en place une démarche afin de réduire ces délais au maximum. Désormais, l'occupation des salles d'opérations se planifie au plus près, et les interventions s'effectuent en ambulatoire. Le centre veille également à toujours disposer d'un nombre suffisant de chirurgiens capables de prendre en charge les pathologies de la main, du poignet et des nerfs périphériques. Enfin, pour les interventions électives, chaque chirurgien dispose de plages horaires attribuées dans les salles d'opération; cette organisation facilite la planification et garantit au patient qu'un seul chirurgien suivra son parcours médical.

Référent

Laurent Wehrli
Médecin associé, Centre de la main,
Service de chirurgie plastique et de la main



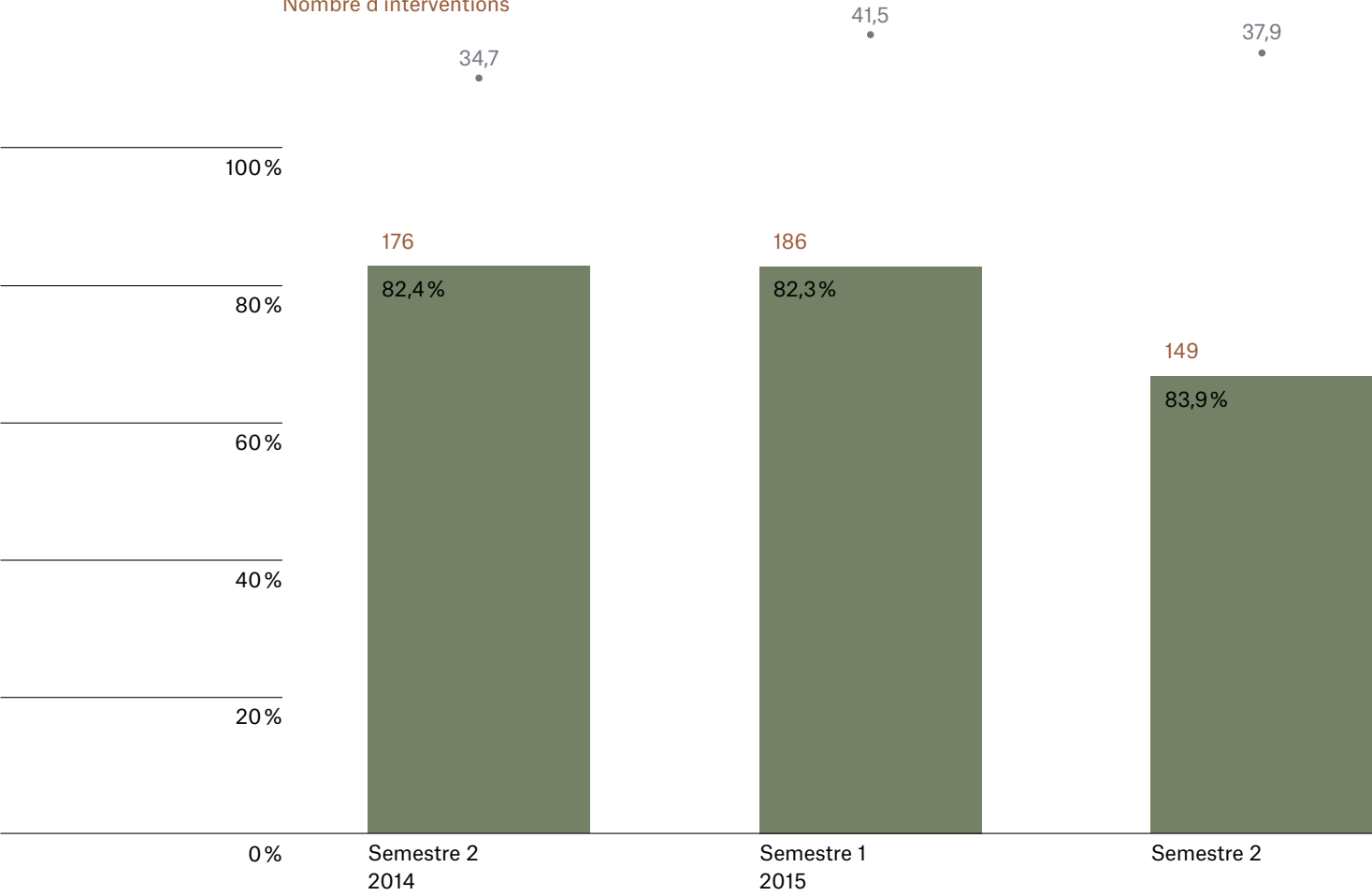
PROPORTION D'INTERVENTIONS ÉLECTIVES (NON URGENTES) DANS LES DÉLAIS

Dans le domaine des pathologies de la main, du poignet et des nerfs périphériques, le délai opératoire moyen des interventions électives est de moins de six semaines (environ 38 jours). Plus précisément, plus de quatre patients sur cinq sont opérés électivement dans un délai de deux mois. Compte tenu qu'une partie des patients demande un délai de plusieurs semaines avant l'intervention (parfois plusieurs mois), afin de pouvoir s'organiser au niveau familial ou professionnel, ce résultat est excellent. L'organisation du Centre de la main garantit à ses patients une réponse chirurgicale rapide.

● Proportion d'interventions électives dans les 8 semaines suivant la dernière consultation

Délai moyen (en jours)

Nombre d'interventions



En 2016, l'objectif est de consolider l'organisation du Centre de la main permettant une prise en charge rapide pour la chirurgie élective.

Collaboration avec le réseau

Très sollicité en tant qu'hôpital régional et amené par ses compétences à prendre en charge les cas les plus difficiles, le CHUV est régulièrement confronté à un manque de lits disponibles. Au lieu d'être transférés dans les étages, les patients accueillis aux urgences doivent alors séjourner plus longtemps que nécessaire dans ce service. Pendant la période hivernale, ces problèmes s'accroissent, mais aussi parfois pendant l'été, notamment en cas de canicule.

Afin de libérer le Service des urgences, le CHUV a conclu un partenariat formel avec plusieurs hôpitaux de la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV) tels que l'Hôpital de Saint-Loup et l'Ensemble hospitalier de la Côte, mais aussi avec les cliniques privées telles que les Cliniques de La Source, de Bois-Cerf et Cecil. Par ailleurs, même s'ils n'ont pas d'accord de collaboration, les Hôpitaux de Sainte-Croix et de Château-d'Œx informent régulièrement le CHUV de leur disponibilité en lits.

En cas de besoin, cette collaboration en réseau permet de transférer des patients vers ces établissements partenaires. Dans les faits, des transferts s'effectuent tout au long de l'année, si bien que ces partenariats jouent un rôle très important. Il est notamment possible, si la situation devient particulièrement difficile, de déclencher un Plan cantonal de désengorgement. Dans ce cas, toutes les institutions réunies sous la bannière de la FHV peuvent être sollicitées par le CHUV pour des transferts, ainsi que l'ensemble du réseau de soin (Etablissements médico-sociaux ou Centres de traitement et de réadaptation). L'objectif consiste à diminuer l'occupation de lit inadéquate par des patients en long séjour ou en attente de place en réadaptation. La Cellule de gestion du flux des patients s'occupe d'identifier ces personnes et d'organiser leurs déplacements.

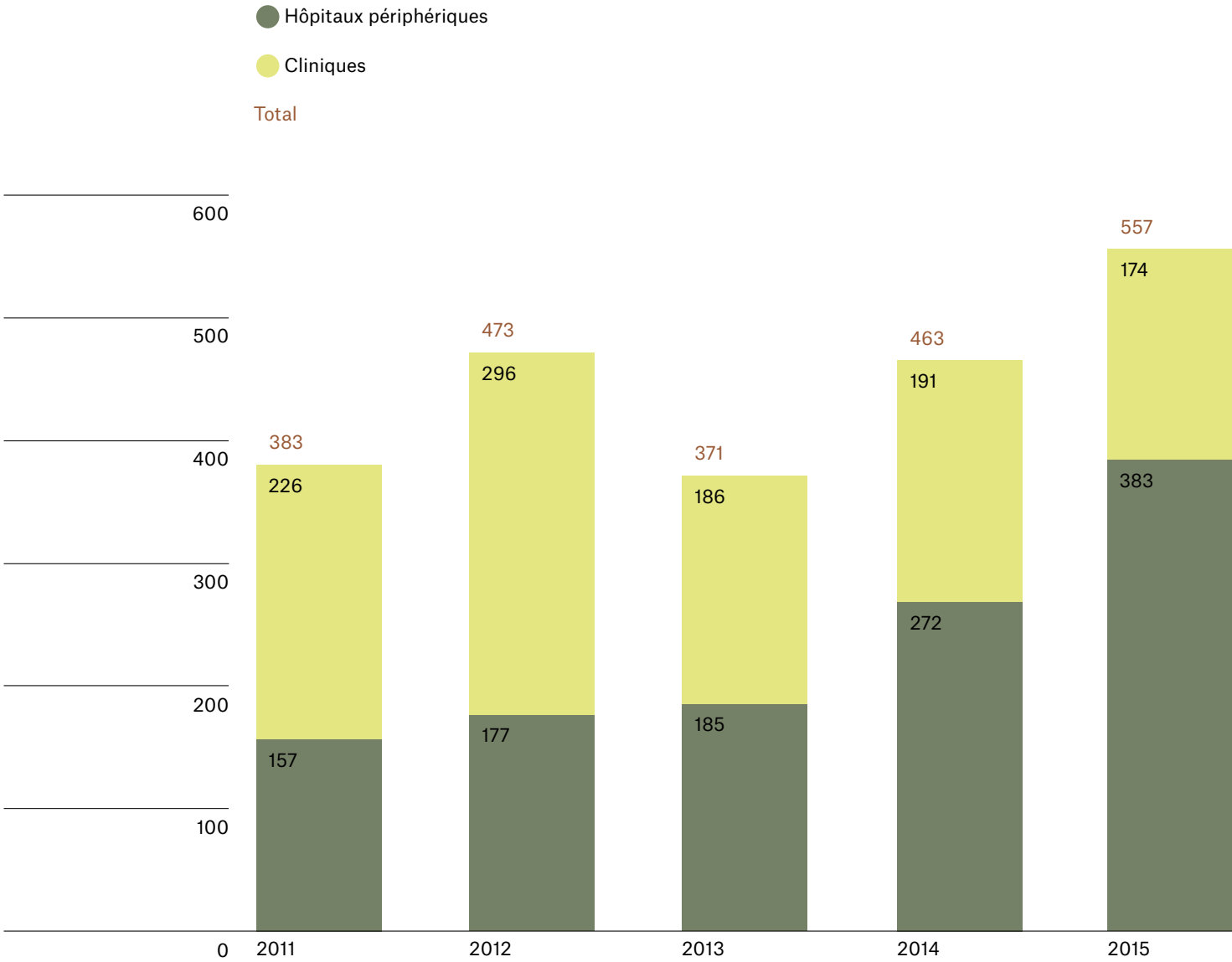


Des transferts de patients s'effectuent tout au long de l'année.



NOMBRE DE TRANSFERTS VERS DES ÉTABLISSEMENTS PARTENAIRES EN CAS D'ENGORGEMENT

Une forte augmentation des transferts vers les hôpitaux périphériques est observable en 2015. Le surplus a été principalement absorbé par les Hôpitaux de Saint-Loup et Sainte-Croix (70 patients de plus qu'en 2014). Cette évolution témoigne pour le CHUV d'une bonne collaboration avec ses partenaires.



En 2016, dans le but d'identifier plus facilement les lits disponibles dans le réseau hospitalier vaudois, le CHUV va renforcer ses collaborations avec les hôpitaux, ainsi qu'avec l'ensemble des partenaires de soins. Afin d'assurer aux patients les meilleures conditions de prise en charge, la collaboration avec les cliniques sera également prolongée.

”
Travailler
avec d’autres
hôpitaux
est crucial
pour le CHUV

Interview

Olivier Pétremand
Infirmier chef en charge de la gestion
des flux des patients

En 2015, pendant la période
hivernale et le mois de juillet,
le CHUV a activé le Plan
cantonal de désengorgement,
en collaboration avec la
Fédération des hôpitaux
vaudois.

Autres référents

François Décaillet
Adjoint de l’infirmier-chef
responsable de la gestion des flux patients

Vincent Adatte
Adjoint à la Direction des soins

L’hiver met régulièrement le CHUV sous pression pour
l’accueil des patients. Comment s’est passée cette
période en 2015?

De janvier à mars, nous avons dû faire face à deux phé-
nomènes: une épidémie d’entérocoque résistant à la
vancomycine (VRE), un germe résistant, s’est conju-
guée à une épidémie de grippe très importante. Ces
deux problèmes ont entraîné une forte augmentation du
nombre de patients à hospitaliser. Le VRE nous a obligés
à isoler un demi-étage de médecine interne adulte et,
pour faire face à la grippe, nous avons eu besoin d’un
nombre important de chambres d’isolement. Ces deux
situations nous ont contraints à mobiliser un demi-étage
qui devait entrer en travaux, et à trouver vingt lits dans
d’autres services. Cependant, toutes ces mesures n’ont
pas suffi. Pour que les patients soient pris en charge
adéquatement, il a fallu enclencher le Plan cantonal de
désengorgement.

Comment s’organise le transfert vers d’autres hôpitaux
ou cliniques?

Nous avons mis en place plusieurs critères. Le premier
consiste à voir si un patient a besoin d’une structure
universitaire. Le CHUV comprend des pôles d’excellence
qui n’existent pas ailleurs dans le canton, par exemple
pour les maladies cardiovasculaires ou les affections
neurologiques qui nécessitent un traitement particulier.
Si le patient n’a pas besoin de compétences spécifiques,
il devient éligible pour un transfert. Nous regardons alors
s’il a de la famille en dehors de Lausanne: si le fils d’une
patiente habite à Yverdon, il peut se révéler pertinent de
la transférer à Sainte-Croix. Nous sommes aussi attentifs
au projet de soins: si une personne doit être placée en
EMS, c’est le Réseau de santé Région Lausanne qui va
s’en occuper; nous allons donc avoir tendance à garder
ce patient. La durée d’hospitalisation intervient aussi
comme critère: il est plus facile d’expliquer à une per-
sonne qu’on la transfère pour trois jours plutôt que pour
deux ou trois semaines. Enfin, pour les patients qui ne
viennent pas de Lausanne ou du Grand Lausanne, et qui
n’ont pas besoin d’une structure de type universitaire,
nous allons les orienter vers l’hôpital le plus proche de
leur lieu de domicile. Cela dit, tout transfert se décide
avec l’accord du patient. Au CHUV, nous discutons aussi
avec les familles et dans la mesure du possible, nous
essayons de mettre tout le monde d’accord.

Le Plan cantonal de désengorgement a-t-il également
été nécessaire pendant l’été?

Au mois de juillet, nous avons connu une période canicu-
laire qui a duré trois semaines. L’activité aux urgences et
dans les services de médecine a été telle que le nombre
quotidien de lits disponibles était très limité. En interne,
nous avons mis en œuvre un plan canicule, mais il a aussi
fallu activer le Plan cantonal pour transférer certaines
personnes vers les hôpitaux partenaires de la FHV. C’était
le seul moyen de leur assurer les meilleurs soins.

”
Tout transfert se décide
avec l’accord du patient.

Avez-vous parfois des difficultés à mettre en œuvre le
Plan cantonal de désengorgement?

Nous rencontrons un problème majeur, c’est que si le
CHUV est engorgé, les autres hôpitaux et cliniques le
sont en général aussi. Durant l’hiver 2015, les Hôpitaux
de Sainte-Croix et Château-d’Œx ont facilement pu
nous offrir des lits, mais pour tous les autres hôpitaux,
c’était difficile. Cependant, même si on ne nous propose
que deux ou trois lits par jour, c’est très précieux. D’une
façon générale, que ce soit en période d’engorgement ou
non, la collaboration du CHUV avec ses partenaires est
cruciale pour assurer à tous les patients les meilleures
conditions de prise en charge.



⑤ Au premier plan pour prodiguer soins et traitements, le personnel soignant et médical se trouve au cœur de la qualité des soins et de la sécurité des patients. Pourtant, dans les formations prégraduées, ces domaines sont encore peu développés. C'est pourquoi le CHUV a mis sur pied des formations dédiées à l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients. Ces enseignements s'adressent aussi bien aux collaboratrices et collaborateurs dispensant directement les soins qu'aux cadres. Ils sont mis en place par le Centre de formations du CHUV en collaboration avec la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne et les Hautes écoles spécialisées vaudoises.

Développement des compétences

5

Participation du patient et éducation thérapeutique

Lorsqu’une personne souffre de maladies chroniques telles que le diabète, l’obésité ou des problèmes cardiaques, il est très important qu’elle suive les recommandations du personnel soignant et médical. Si elle comprend sa maladie, ainsi que les traitements qu’elle reçoit, sa prise en charge a bien plus de chance de permettre de stabiliser la maladie. Voilà pourquoi le CHUV développe le concept de « patient partenaire ». Cette action comprend notamment la mise en œuvre de mesures d’éducation thérapeutique. Les services cliniques ont pris plusieurs initiatives en ce sens.

Parmi ses offres, le Centre des formations du CHUV propose aux soignants un module qui enseigne, par le biais d’un entretien, à susciter la motivation du patient, ainsi que son engagement vers le changement; une vingtaine de médecins s’y forment chaque année. D’autres collaboratrices et collaborateurs du CHUV bénéficient d’offres complémentaires proposées par l’Université de Genève (Certificate of Advanced Studies et Diploma of Advanced Studies en éducation thérapeutique).

Afin de développer une offre de formation encore plus riche, un groupe de travail sera mis en place en 2016. Sa mission sera d’analyser les besoins du personnel soignant dans ce domaine.

Transmission d’informations entre professionnels

Depuis quelques années, le CHUV a progressivement mis en place le dossier patient informatisé grâce au logiciel Soarian. Plusieurs formations accompagnent ce déploiement et la bonne utilisation de l’application (cf. tableau ci-dessous). En 2015, plus de 1000 collaboratrices et collaborateurs ont appris à utiliser cet outil.



Les soignants apprennent notamment à motiver les patients.

	FORMATIONS SOARIAN DONNÉES EN 2015	PARTICIPANTS	
	Soarian – elearning de sensibilisation à l’outil pour les médecins	400	
	Soarian – formation spécifique pour le personnel médical	250	
	Soarian – formation pour le personnel infirmier	600	
	Soarian – formation pour le personnel médico-technique et social (physiothérapeutes, ergothérapeutes, assistantes et assistants sociaux)	40	

Déclaration d’événements indésirables et amélioration continue

Durant les années 2013 et 2014, dans le cadre de la politique de gestion des risques et des incidents, le Centre des formations du CHUV s’est associé à la Fondation sécurité des patients Suisse. Cette collaboration avait pour but d’accompagner le déploiement, au sein du CHUV, de groupes d’analyse des événements indésirables. Plus de cent collaboratrices et collaborateurs de l’hôpital ont suivi une formation de quatre jours et demi.

En 2015, afin de pérenniser les compétences acquises et toucher davantage de cadres, comme d’autres employées et employés, le CHUV a organisé une formation à la gestion des risques. Ce module s’adresse aux nouveaux collaborateurs et collaboratrices médico-soignants (600 personnes ont suivi une heure de formation), ainsi qu’aux experts et cadres médicaux-soignants (quatre heures et demie de formation continue).



Les cours RECI encouragent une culture de la bienveillance.

Ces cours ont pour objectif de faire connaître la politique de gestion des risques et des incidents au CHUV. Ils encouragent également une culture de la bienveillance, afin que les personnes impliquées dans des événements indésirables puissent les signaler tout en étant assurées du soutien de l’institution. En 2016, au terme de la phase pilote et après avoir reçu un accueil favorable des premiers publics-cibles, ces formations seront pleinement mises en œuvre.

Simulation au service de la sécurité des patients

« Jamais la première fois auprès d’une patiente ou d’un patient » : cette maxime exprime la nécessité, pour les professionnels de la santé, de se former en pratiquant des soins de façon simulée. En permettant de répéter des gestes techniques et des compétences communicationnelles dans un contexte sécurisé, la simulation améliore la sécurité des patients.



La simulation permet aux futurs professionnels de la santé de s’exercer dans un contexte sécurisé.

Avec la Faculté de biologie et de médecine et les Hautes écoles spécialisées vaudoises, le CHUV participe à la création du futur Centre coordonné de compétences cliniques (C4). A l’horizon 2021, cette infrastructure mettra à disposition 7000m² d’espace de simulation hautement spécialisée pour la formation pré-, postgradué et continue des étudiants et professionnels de la santé. Mandaté par le CHUV afin d’assurer que ce lieu réponde aux besoins spécifiques de l’hôpital, le Centre des formations participe au groupe de travail piloté par la Direction générale de l’enseignement supérieur.

Pratique clinique fondée sur les meilleurs standards et implantation des bonnes pratiques

Les recommandations de bonnes pratiques cliniques sont issues de recherches qui répondent à des critères très précis, notamment dans le domaine de l'éthique. Définir et appliquer des pratiques cliniques fondées sur les meilleurs standards implique aussi de savoir identifier les publications scientifiques les plus pertinentes pour la prise en charge des patients.

”
Swissethics a fixé des exigences de qualification pour les chercheuses et chercheurs en essais cliniques.


Le tableau suivant montre quelques offres de formation qui développent ces compétences, le public-cible et le nombre de personnes formées.

Swissethics, l'Association des commissions d'éthique suisses de la recherche sur l'être humain, a fixé des exigences de qualification pour les chercheuses et chercheurs en essais cliniques, de même que pour les personnes qui promeuvent les mesures issues des investigations (OClin, article 6). Dès 2016, une nouvelle offre de cours, reconnue par Swissethics, sera mise en œuvre.

Par ailleurs, afin de savoir comment modifier les pratiques soignantes en fonction des résultats de recherches, la Commission de recherche et développement de la Direction des soins du CHUV a commandité une nouvelle formation, qui verra le jour en 2016.

La Direction des soins fait partie d'un réseau interinstitutionnel vaudois, le Bureau d'échange des savoirs scientifiques et des pratiques exemplaires (BEST), lui-même affilié au Joanna Briggs Institute, prestigieuse institution australienne. La mission principale de ce réseau consiste à susciter la conception d'outils qui permettent de développer des connaissances scientifiques et d'implanter ces dernières dans le travail quotidien des professionnels de soins.

D'autres offres de formation, développées avec les Hautes écoles et les universités, permettent également au personnel médico-soignant du CHUV d'approfondir ses connaissances et de renforcer ses compétences dans ce domaine.

	FORMATIONS DONNÉES EN 2015	PUBLIC-CIBLE	PARTICIPANTS	
	Evidence Based Medicine	Médecins assistants	25	
	Réalisation de revues systématiques de littérature selon le modèle JBI	Personnel infirmier	15	
	Recherche clinique: - devenir investigatrice/investigateur - devenir investigatrice/promotrice et investigateur/promoteur	Médecins, personnel infirmier, physiothérapeutes, ergothérapeutes	90	

Collaboration interprofessionnelle

Lorsque les différents acteurs soignants collaborent de façon optimale autour d'un patient, ils permettent une bonne continuité des soins et améliorent sa sécurité. Dans un contexte hautement spécialisé, certains professionnels risquent de se limiter à leur domaine d'expertise. Le CHUV promeut et soutient ainsi toute démarche de pratique collaborative.

”
Dans un contexte hautement spécialisé, le CHUV soutient toute démarche collaborative.

En partenariat avec la Faculté de biologie et de médecine et les Hautes écoles spécialisées vaudoises, le CHUV a fondé le Groupe d'éducation et des pratiques interprofessionnelles (GEPI). Cet organisme a permis d'intégrer un module obligatoire d'éducation interprofessionnelle au sein des programmes de formation prégraduée des médecins, infirmières et infirmiers, sages-femmes, physiothérapeutes, ergothérapeutes et techniciennes et techniciens en radiologie médicale. En 2015, 560 étudiantes et étudiants issus de ces six filières ont pu y participer.

Cette formation poursuit les objectifs suivants:
× l'acquisition de connaissances théoriques sur le fonctionnement des groupes,
× la prise de conscience des enjeux spécifiques au travail en équipe interprofessionnelle,
× l'identification des obstacles au travail en équipe et l'apprentissage de stratégies pour les surmonter.

La mise en œuvre d'un module de cette ampleur demande la collaboration d'une cinquantaine de facilitatrices et facilitateurs. Experts de leur domaine clinique, ils accompagnent un groupe de dix étudiants qui a pour tâche de résoudre diverses situations rencontrées par les patients. La moitié de ces facilitateurs est issue du personnel médical et soignant du CHUV.

Le management au service du décroisement professionnel

En 2015, le CHUV a mis en œuvre une formation en management destinée aux cadres (médecins, infirmiers et administratifs). Ce module a pour but de développer les compétences en gestion d'équipe, tout en renforçant la collaboration entre les professions. Baptisé Micro MBA, cet enseignement s'inspire des outils de gestion d'entreprise enseignés dans les MBA (Master of Business Administration).

Au cours de cette formation, une cinquantaine de cadres supérieurs issus de différents corps professionnels du CHUV ont abordé, entre autres thèmes, le leadership bienveillant et innovant, l'accompagnement du changement, la gestion des conflits ou une meilleure communication. L'évaluation de cette première volée montre que le principal bénéfice du programme porte sur le décroisement des disciplines, dans l'objectif d'une meilleure collaboration entre les professions.

Référent

Serge Gallant
Directeur du Centre des formations



⑥ Les certifications et les accréditations démontrent le respect de certaines normes, et prouvent que les actions sont conformes. Les solliciter sert à assurer la qualité et la sécurité des soins, ainsi qu'à promouvoir une politique d'amélioration continue au sein de l'établissement.

Les personnes qui réalisent les évaluations, et déterminent si une certification ou une accréditation peut être délivrée, doivent être indépendantes de l'établissement qu'elles contrôlent.

En 2015, quinze structures du CHUV ont été certifiées. Parmi elles, certaines ont reçu leur première certification, tandis que d'autres ont vu leur accréditation reconduite.

Certifications et accréditations

⑥

Certification européenne pour le Centre du sein

Après la certification nationale décernée en 2014 par la Ligue suisse contre le cancer et la Société suisse de sénologie, le Centre du sein du CHUV a obtenu en 2015 une certification européenne, délivrée par la European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA). Les 120 critères de son évaluation comprennent l'organisation de la prise en charge, l'expertise des intervenants et le suivi proposé aux patientes. Le centre doit en outre démontrer qu'il prend en charge un nombre minimum de 150 nouvelles patientes par année, un volume gage de compétences. Il faut également que la structure dispose d'un outil de saisie des données permettant de suivre toute son activité et d'évaluer de manière continue la qualité de ses soins.

Certification européenne pour la Filière des patients brûlés

En 2015, la Filière des patients brûlés du CHUV a été certifiée par la European Burn Association (EBA). Son évaluation comprend une cinquantaine d'exigences. Cette certification confirme que le fonctionnement de la filière des patients brûlés, ses protocoles et son organisation sont cohérents avec des standards internationaux de qualité. Avoir obtenu cette certification met en valeur le travail des équipes médicales et soignantes et contribue à la reconnaissance de la filière au plan suisse et européen.



En 2015, quinze structures
du CHUV ont été certifiées.



Certifications et accréditations						Certifications et accréditations					
	NORME / STANDARD APPLIQUÉ	ANNÉE 1 ^{ÈRE} CERTIFI- CATION / ACCRÉDI- TATION	ANNÉE DERNIÈRE CERTIF. / ACCRÉD.	REMARQUES / PÉRIMÈTRE			NORME / STANDARD APPLIQUÉ	ANNÉE 1 ^{ÈRE} CERTIFI- CATION / ACCRÉDI- TATION	ANNÉE DERNIÈRE CERTIF. / ACCRÉD.	REMARQUES / PÉRIMÈTRE	
GESTION DES CENTRES INTERDISCIPLINAIRES EN ONCOLOGIE						DÉPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE ET SANTÉ COMMUNAUTAIRES / PROCESSUS ADMINISTRATIFS, SOINS, RECHERCHE ET FORMATION					
	EUSOMA	2015	2015	Centre du sein							
SERVICE DE MÉDECINE INTENSIVE ADULTE - CENTRE DES BRÛLÉS							ISO 9001:2008	2005	2015	Direction, RH, Contrôle de gestion, Communication, Bureau qualité, ALC (Adm., Tamaris, USE), CURML (Adm., UMV), IUFRS, IUHMSP, IUMSP (UES - Cellule Esope)	
CENTRE DE TRANSPLANTATION D'ORGANES						LABORATOIRE SUISSE D'ANALYSE DU DOPAGE					
	MHS	2010	2015	Reins, poumons, coeur			ISO 17025:2005	2000	2015	Analyses de substances et de méthodes dopantes	
UNITÉ DE SOINS INTENSIFS DE PÉDIATRIE						DIRECTION DU DÉPARTEMENT DES LABORATOIRES					
	ISO 9001:2015	2009	2015	Toute l'entité			ISO 9001:2008	2011	2015	Tout le département	
DÉPARTEMENT DE PSYCHIATRIE / PROCESSUS TRANSVERSAUX						INSTITUT DE MICROBIOLOGIE					
	ISO 9001:2008	2009	2015	Processus de management, ressources et amélioration			ISO 17025:2005	2001	2015	IMU - DAM	
SERVICE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE DE L'ÂGE AVANCÉ						SERVICE DE PHARMACIE					
	ISO 9001:2008	2009	2015	Processus cliniques			ISO 9001:2008 + référentiel RQPH	2007	2015	Tout le service	
SERVICE DE MÉDECINE ET PSYCHIATRIE PÉNITENTIAIRES						SERVICE DE PHARMACIE					
	ISO 9001:2008	2012	2015	Processus cliniques			GMP et BPF petites quantités suisses. Loi: LPTh Ordonnances: Oméd, OAMéd	2001	2015	Fabrication (unité de production, unité de laboratoire de contrôle qualité et unité de coordination des études cliniques)	
CENTRE ST-MARTIN						LABORATOIRE DE CHIMIE CLINIQUE					
	ISO 9001:2008 et QuaThéDA	2009	2015	Processus cliniques			ISO 15189:2012	2000	2015		
RÉHABILITATION-ATELIER BRICO CES						SERVICE DES URGENCES					
	ISO 9001:2008 / OFAS-IV AI 2000	2001	2015	Processus de prise en charge à visée réhabilitative			ISO 9001:2008	2010	2015	Toute l'entité	
SERVICE DE PSYCHIATRIE GÉNÉRALE						SECTEUR PSYCHIATRIQUE OUEST / PROCESSUS TRANSVERSAUX					
	ISO 9001:2008	2012	2015	Processus cliniques			ISO 9001:2008	2012	2015		

Certifications et accréditations					Certifications et accréditations					
	NORME / STANDARD APPLIQUÉ	ANNÉE 1 ^{ÈRE} CERTIFI- CATION / ACCRÉDI- TATION	ANNÉE DERNIÈRE CERTIF. / ACCRÉD.	REMARQUES / PÉRIMÈTRE		NORME / STANDARD APPLIQUÉ	ANNÉE 1 ^{ÈRE} CERTIFI- CATION / ACCRÉDI- TATION	ANNÉE DERNIÈRE CERTIF. / ACCRÉD.	REMARQUES / PÉRIMÈTRE	
CENTRE DES FORMATIONS DU CHUV					CUTR DE SYLVANA					
	EduQua:2012	2005	2014	Toute l'offre du Centre des formations		SPEQ ISO 9001:2008	2005	2014	Tous les secteurs	
PROCESSUS ALIMENTATION DES PATIENTS (PROALIM)					DIRECTION DÉPARTEMENT MÉDICO-CHIRURGICAL DE PÉDIATRIE					
	ISO 9001:2008	2003	2014	Cité hospitalière, site de Cery, Sylvana		Label «Qualité dans les soins palliatifs» de l'ASQSP/SQPC	2014	2014	Equipe mobile de soutien et soins palliatifs de pédiatrie	
CENTRALE D'ACHATS					UNITÉ DE GÉNÉTIQUE FORENSIQUE					
	ISO 9001:2008	2010	2014			ISO 17025:2005	2004	2014	Analyses ADN	
SERVICE D'INGÉNIERIE BIOMÉDICALE					SERVICE DE NEUROLOGIE / AVC (STROKE UNIT)					
	ISO 9001:2008	2011	2014			MHS	2014	2014	AVC (Stroke Unit)	
SERVICE DE CARDIOLOGIE					LABORATOIRE D'IMMUNO-ALLERGOLOGIE					
	ISO 9001:2008	2007	2014	Hospitalisation, activités ambulatoires et interventionnelles		ISO 17025:2005	1999	2014		
SERVICE DE MÉDECINE PRÉVENTIVE HOSPITALIÈRE					CENTRE DE PRODUCTION CELLULAIRE					
	ISO 9001:2008	2001	2014	Sphère d'activité: domaine médical. Domaine certifié: Hygiène hospitalière, Prévention et contrôle de l'infection, Médecine du personnel yc Unité SST		Autorisation No 507482 d'exploitation pour fabrication de transplants standardisés GMP	2012	2014		
DIRECTION DU DÉPARTEMENT DE MÉDECINE					CENTRE DE STÉRILISATION ET DÉSINFECTION					
	ISO 9001:2008	2007	2014	Processus de management, ressources et amélioration		ISO 9001:2008 ISO 13485:2003 ISO 17665:2006	1998	2014	BH04 + Sterbop (HO non compris)	
SERVICE DE MÉDECINE INTERNE					EMS SOERENSEN-LA ROSIÈRE					
	ISO 9001:2008	2004	2014	Hospitalisation		Grille d'évaluation CIVESS	2013	2014	L'ensemble de l'EMS sur les 2 sites	
SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES					GESTION DES CENTRES INTERDISCIPLINAIRES EN ONCOLOGIE					
	ISO 9001:2008	2004	2014	Hospitalisation, activités ambulatoires		Critères d'évaluation de la LSC et SSS d'octobre 2012	2013	2013	Centre du sein	
					UNITÉ DE MÉDECINE DE LA REPRODUCTION					
	ISO 9001:2008	2004	2014			ISO 9001:2008	2003	2013		

6

Certifications et accréditations					Certifications et accréditations					
	NORME / STANDARD APPLIQUÉ	ANNÉE 1 ^{ÈRE} CERTIFI- CATION / ACCREDI- TATION	ANNÉE DERNIÈRE CERTIF. / ACCRED.	REMARQUES / PÉRIMÈTRE		NORME / STANDARD APPLIQUÉ	ANNÉE 1 ^{ÈRE} CERTIFI- CATION / ACCREDI- TATION	ANNÉE DERNIÈRE CERTIF. / ACCRED.	REMARQUES / PÉRIMÈTRE	
LABORATOIRE D'IMMUNO-ALLERGOLOGIE					LABORATOIRE D'IMMUNO-ALLERGOLOGIE					
	Standards EFl	2013	2013			Ordonnances	2010	2010		
SERVICE DE MÉDECINE NUCLÉAIRE					SERVICE DE SOINS PALLIATIFS					
	ISO 9001:2008 QMA Audits in nuclear medicine practices	2013	2013	Clinique		Label «Qualité dans les soins palliatifs» de l'ASQSP/SQPC	Audit du 26.03.2015		Unité de médecine palliative + équipe mobile intra-hospitalière	
BIOCHIMIE ET PSYCHOPHARMACOLOGIE					ATELIER SANITAIRE					
	ISO 17025:2005	2002	2012	Processus spécifiques aux laboratoires (clinique/recherche)		Annexe II (exclue s4) Directive 93/42/CEE	2001	Prévu 2016	Toute l'entité	
INSTITUT DE FORMATION ET RECHERCHE EN SCIENCES INFIRMIÈRES (IUFRS)					ATELIER SANITAIRE					
	Standards OAQ relatifs aux filières d'études des HES et, par conven- tion et de manière subsi-diaire, les standards CUS relatifs aux filières d'études universitaires	2012	2012	Accréditation du Master ès Sciences en Sciences infirmières		ISO 13485:2003	2001	Prévu 2016	Toute l'entité	
SERVICE DE MÉDECINE INTENSIVE ADULTE - HOSPITALISATION					DIRECTION DES CONSTRUCTIONS, INGÉNIERIE, TECHNIQUE ET SÉCURITÉ					
	ISO 9001:2008	2009	2012	Tous les secteurs, y compris brûlés		ISO 9001:2008	2011	Prévu 2016	Tous les secteurs	
EMS SOERENSEN-LA ROSIÈRE					LABORATOIRE CENTRAL D'HÉMATOLOGIE					
	ISO 9001:2008	2003	2012	L'ensemble de l'EMS sur les 2 sites		ISO 17025:2005 ISO 15189:2012	2001	Prévu 2016		
LABORATOIRE D'ANDROLOGIE ET DE BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION					LABORATOIRES DE GÉNÉTIQUE MÉDICALE					
	ISO 17025:2005	2001	2011			ISO 17025:2005 ISO 15189:2007	2002	Prévu 2016		
SERVICE D'HÉMATOLOGIE (CELLULES SOUCHES)										
	JACIE	2005	2011	Cellules souches pour greffe autologue						
INSTITUT DE RADIOPHYSIQUE										
	ISO 17025:2005 ISO 17020:2012	2001	2011	Toutes les activités de l'Institut						

Référent

Patrick Mayor
Chef de projet qualité
Service projets et organisation stratégiques

6

Édition
Pierre-Louis Chantre
Anne-Claude Griesser
Estelle Lécureux
Direction médicale et Direction des soins

Création
SAM-CHUV 2016 – 18076

Direction artistique
Alexandre Armand

Graphisme
Aris Zenone
Numa Luraschi

Photographie
Philippe Gétaz
Gilles Weber

Papier
Pages: PlanoArt, 130 g/m²
Couverture: PlanoArt, 240 g/m²

Impression
Paperforms
Conseils et impressions



